

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE

Spiritualita a terapie závislostí



Spirituality and Treatment of Addictions

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Mgr. Tomáš Málek

Praha 2011

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny
řádně citoval a uvedl.
V Praze 31. ledna 2011

Poděkování

Rád bych poděkoval všem, kteří mi pomohli s realizací tohoto projektu, všem zařízením a pracovníkům, kteří poskytli údaje pro můj výzkum.

Dále chci poděkovat PhDr. Vendule Junkové, za roli konzultantky.

Děkuji přátelům, a své rodině za podporu a pomoc při studiích.

Věnování

Rád bych tuto práci věnoval své babičce Anně za její celoživotní podporu vzdělávání a vědění v našem rodu.

Poděkování.....	3
<u>1. ÚVOD.....</u>	<u>5</u>
<u>2. Oblasti terapie závislostí.....</u>	<u>7</u>
<u>2.1. Somatická dimenze.....</u>	<u>8</u>
<u>2.2. Psychologická oblast.....</u>	<u>11</u>
<u>2.2.1. Bažení.....</u>	<u>13</u>
<u>2.2.2. Ztráta kontroly.....</u>	<u>15</u>
<u>2.2.3. Prožívání.....</u>	<u>16</u>
<u>2.2.4. Vědění.....</u>	<u>18</u>
<u>2.2.5. Chování.....</u>	<u>20</u>
<u>2.2.6. Komorbidita.....</u>	<u>24</u>
<u>2.3. Sociální dimenze.....</u>	<u>27</u>
<u>2.3.1. Vztahy.....</u>	<u>31</u>
<u>3. Psychoterapie oslovující spirituální dimenzi.....</u>	<u>41</u>
<u>3.1. Logoterapie a existenciální analýza.....</u>	<u>42</u>
<u>3.1.1. Logoterapie a spiritualita.....</u>	<u>46</u>
<u>3.1.2. Logoterapie a závislosti.....</u>	<u>47</u>
<u>3.2. Focusing.....</u>	<u>53</u>
<u>3.2.1. Focusing a spiritualita.....</u>	<u>55</u>
<u>3.2.2. Focusing a závislosti.....</u>	<u>57</u>
<u>3.3. Procesově orientovaná práce.....</u>	<u>62</u>
<u>3.3.1. Procesově orientovaná práce a spiritualita.....</u>	<u>65</u>
<u>3.3.2. Procesově orientovaná práce a závislost.....</u>	<u>67</u>
<u>3.4. Psychedelická terapie.....</u>	<u>71</u>
<u>3.4.1. Psychedelika a spiritualita.....</u>	<u>78</u>
<u>3.4.2. Psychedelické terapie a závislosti.....</u>	<u>79</u>
<u>4. Empirická část.....</u>	<u>84</u>
<u>4.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu.....</u>	<u>84</u>
<u>4.1.1. Výzkumné otázky.....</u>	<u>86</u>
<u>4.2. Soubor.....</u>	<u>87</u>
<u>4.2.1. Výběr vzorku.....</u>	<u>87</u>
<u>4.2.2. Popis vzorku.....</u>	<u>88</u>
<u>4.3. Popis metod.....</u>	<u>89</u>
<u>4.3.1. Typ výzkumu.....</u>	<u>89</u>
<u>4.3.2. Získávání dat.....</u>	<u>89</u>
<u>4.3.3. Zpracování a analýza dat.....</u>	<u>89</u>
<u>4.4. Výsledky a diskuze.....</u>	<u>90</u>
<u>4.5. Závěr.....</u>	<u>93</u>
<u>4.6. Shrnutí.....</u>	<u>94</u>
<u>5. Seznam příloh.....</u>	<u>102</u>
<u>5.1. Příloha č. 1.....</u>	<u>103</u>
Dotazník uplatnění spirituality v terapii.....	103
<u>5.2. Příloha č. 2.....</u>	<u>105</u>
Obr. 1.....	105
Obr. 2.....	105
<u>5.3. Příloha č. 3.....</u>	<u>106</u>
Obr. 3.....	106
<u>5.4. Příloha č. 4.....</u>	<u>106</u>
Obr. 4.....	107
Obr. 5.....	107

ÚVOD

V předkládané rigorózní práci pokračuji v diplomovém tématu spirituality a její integrace do terapeutického procesu. Obě práce tvoří provázaný celek. Diplomová práce (Málek, 2008) slouží jako obecná část, která se zaměřila na definice, mezní oblasti a etické problémy. V této práci se zabývám specifickou oblastí léčby závislostí a jakým způsobem tuto oblast může ovlivňovat spiritualita. Mým původním záměrem, bylo pouze rozšířit diplomovou práci o několik specializovaných kapitol. Už během počáteční práce se však ukázalo, že komplexní problematiku terapie závislostí nelze vtěsnat do tak malého prostoru. Přehodnotil jsem svůj záměr a napsal téměř kompletně novou práci. Jediný přímý relikv z diplomové práce představuje podkapitola o spiritualitě v logoterapii, kterou jsem převzal, rozšířil a začlenil do většího oddílu v teoretické části své práce.

Specifické téma jsem si vybral na základě svého současného pracovního působení v této oblasti. Aktuálně pracuji třetím rokem v neziskové organizaci Sananim, která se zabývá péčí o závislé na nealkoholových drogách. Za tuto dobu jsem mohl sbírat zkušenosti v nízkoprahových zařízeních (terénní programy, kontaktní centrum) i vysokoprahových (poradna pro rodiče, doléčovací centrum). V této práci se snažím zúročit praktické zkušenosti a poznání. Zároveň je tvorba rigorózní práce intenzivním vzdělávacím zážitkem.

V první kapitole se pokouším načrtnout základní terapeutický terén, ve kterém se proces léčby závislostí pohybuje. Jako orientační kompas mi slouží pojetí člověka jako vícerozměrné bytosti, která má biologickou- psychickou-sociální a spirituální dimenzi. První kapitola mapuje nejožehavější problémy v prvních třech dimenzích, ale samozřejmě má přesahy i do spirituální dimenze.

Duchovnímu rozměru se více věnuji v druhé kapitole, kde optikou čtyř různých přístupů pohlížím na spirituální dimenzi závislých a možnosti jejího oživení. Mezi vybrané směry jsem zařadil logoterapii (Viktor E. Frankl), na focusing zaměřenou terapii (Eugen Gendlin), procesovou práci (Arnold Mindell) a psychedelickou terapii (Stanislav Grof).

Ve třetí, empirické kapitole, zkoumám, nakolik byla již spiritualita integrována do současných terapeutických programů pro léčbu lidí se závislostí.

V první kapitole jsem se hodně opírám o základní adiktologické práce, které postihují celou problematiku léčby závislostí u nás (Kalina et al., 2003; Kalina et al., 2008). Tyto rozsahem velké práce jsou jasným důkazem, že komplexní povaha terapie závislostí je uchopitelná jen multioborovou týmovou spoluprací.

Hojně využívám především anglosaské literatury, kde však platí určité limity v přenositelnost jejich poznatků k nám díky odlišnému historicko-kulturnímu podhoubí, které u nás panuje. Opírám se také o svoji zkušenosti nejen z oblasti práce se závislými, ale i o svou sebezkušenost s výše uvedenými terapeutickými přístupy.

Oblasti terapie závislosti

Oblast léčby závislosti představuje jeden z nejkompexnějších terapeutických úkolů, se kterým se můžeme v psychologické a terapeutické praxi potkat. Záměrně zde používám slovo terapeutický bez blíže vymezující předpony, neboť k úspěšnému zvládnutí závislosti je nezbytná spolupráce celé řady odborníků: lékařů somatických i psychiatrů, psychoterapeutů, socioterapeutů, ergoterapeutů, právníků, sociálních pracovníků/ pracovníků.

Tato kapitola se zaměřuje především na vymezení oblastí, které vyžadují intervence během terapie závislosti. V souladu s kontextem této práce v rámci svého vzdělávání v oblasti psyché zaměřím pozornost na dané problémy především ze zorného úhlu psychologie a psychoterapie.

Somatická dimenze

Na cestě za uzdravením bývá prvořadým úkolem zvládnout zdravotní problémy, se kterými se klient potýká, aby byla vůbec jakákoliv další terapeutická práce možná. V rámci nejrizikovějšího užívání drog – intravenózně – se poměrně často objevují stavy, které přímo ohrožují daného jedince na životě. Nejčastěji se uživatelé potýkají s infekcemi po intravenózní aplikaci do žil, méně často do svalu. Záněty vznikají v důsledku zavlečení bakterií i hrubých nečistot během nesprávného způsobu aplikace, nedostatku osobní hygieny, vlastnostmi aplikované látky, a také se zde projevují osobní somatické predispozice a vliv délky užívání. Nejčastěji se v místě vpichu, ale i jinde v těle, tvoří hnisavá ložiska, kdy se z postižené tkáně vytvoří opouzdřená dutina (absces) vyplněná hnisem nebo neohraničený zánět šířící se podél žilního systému (flegmóna). V případě zanedbání péče, což u skupiny uživatelů drog bývá spíše pravidlem než výjimkou, může dojít k celkové infekci organismu, septickému infarktu nebo metastatickému abscesu a reálně tedy k úmrtí jedince (více Minařík - Řehák, 2008; Minařík - Hobstová, 2003a).

I ostatní bezpečnější způsoby aplikace drogy (šňupání, kouření, polykání) při dlouhodobém užívání poškozují sliznice a jiné tkáně, které jsou vystaveny opakovanému působení drogy. Při šňupání drogy dochází po čase k narušení nosní přepážky. Perorální užívání může vést k narušení žaludeční sliznice i vzniku vředů. Zejména uživatelé pervitinu mají výrazné problémy se zuby, kdy vliv pervitinu spolu se zanedbáváním péče o chrup působí výraznou destrukci zubů, kterou uživatelé zpravidla kompenzují vysokou konzumací analgetik.

Zkušenost z nízkoprahových služeb ukazuje, že základní ošetření těchto nejběžnějších zdravotních komplikací zejména abscesů bývá vhodnou příležitostí pro navázání kontaktu a uplatnění zejména motivačních intervencí. Zdravotní komplikace vůbec hrají důležitou roli v procesu změny vztahu k užívání návykových látek, protože jsou nepopiratelným ukazatelem míry sebedestrukce během závislosti, a významným setrvalým zdrojem nepohody a utrpení konfrontujícími realitu s obrannými mechanismy, které si uživatelé drog budují kolem svého užívání.

Kromě infekcí a orgánových postižení (žilního systému, plic, ledvin, CNS) jsou nejvýraznějším zdravotním rizikem krví přenosné hepatitidy typu B a C¹ spolu s AIDS.

¹ Hepatitidy jsou způsobovány hepatotropními viry, které se množí v jaterních buňkách a tím podmiňují zánětlivé a nekrotické změny. Hepatitida typu A se šíří fekálně orální cestou, žloutenky typu B a C krví (sdílením injekčních stříkaček, sexuálním stykem, při kterém dochází k poranění, přenosem z matky na plod).

Oproti syfilisu a žloutence typu A jsou tyto infekční choroby obtížně léčitelné, v případě AIDS pak dokonce nevyléčitelné. S hepatitidami B a C se pojí hned trojí riziko. Jednak viry napadají játra a mohou způsobit cirhózu a následně i rakovinu jater, zejména pokud nemocný konzumuje alkohol. Další rizika nese sebou i vlastní léčba interferonem, kdy jsou časté výrazné vedlejší efekty jako snížená krvetvorba (myelosuprese), hemolytická anémie, depresivní syndrom a příznaky podobné chřipce (horečky, bolesti svalů), které mohou vést k relapsu díky nepohodě a stresu ze špatného zdravotního stavu (Minařík - Hobstová , 2003b).

Tyto vedlejší komplikace vyžadují pravidelnost, adherenci k léčebnému programu, kompenzační léčbu vedlejších příznaků například antidepresivy, což klade zvýšené nároky na frustrační toleranci uživatelů, jejich schopnost dodržovat léčebný režim a upravit styl života. Z těchto důvodů a také kvůli vyloučení možnosti opětovného infikování bývá léčba hepatitid záležitostí až v rámci léčby závislosti (abstinenční či substituční) a má menší šanci na úspěch během fáze aktivního braní drog. V neposlední řadě se hepatitidy mohou stát rizikem nebo přesněji řečeno komplikací při jakékoliv další léčbě somatické (infikování hepatitidou představují zvýšené riziko pro zdravotnický personál a bývají díky tomu nezdědka diskriminováni například ve stomatologii) nebo komplexní léčbě závislosti, kdy v terapeutické komunitě je nutný speciální režim a stravování jen v případě zvýšené biochemické aktivity (Minařík - Hobstová , 2003b).

V rámci nízkoprahových zařízení dochází podle možností jednotlivých organizací k testování hepatitidy, HIV a syfilis, kdy jsou používáni buď screeningové testy nebo jsou odebírány vzorky a odesílány do laboratoře. V případě sdělování pozitivních výsledku často následuje krizová intervence s následným odkazem na vhodné zdravotnické zařízení (hepatolog, infekční oddělení nemocnic apod.) K dalšímu odhalení infekčních chorob dochází v rámci detoxifikačních jednotek, které bývají na začátku jakékoli k abstinenci směřující léčbě. Zde dochází ke komplexnímu vyšetření, takže v následných léčebných zařízeních již bývají tyto nemoci zahrnovány do terapeutických plánů.

V neposlední řadě musíme zmínit u zdravotních komplikací akutní intoxikaci a abstinenční syndrom při fyzické závislosti. Akutní intoxikace u látek s tlumivým efektem (alkohol, opiáty, benzodiazepiny a barbituráty) ohrožují vitální funkce, především dýchání, v důsledku přílišného utlumení dechového centra, také hrozí vdechnutí zvratků a následné udušení. Tyto stavy vyžadují neodkladnou péči. U předávkování opiáty lze využít naloxon

Hepatitida typu C je mezi nitrožilními uživateli nejvyšší (Krekulová – Řehák, 1998). Odhady se pohybují kolem 60%. Velký problém u žloutenky typu C představují většinou průběh bez příznaků, kdy je však jedinec infekční pro své okolí, a také vysoké procento (70 – 90% případů) přechodu nemoci do chronicity (Krekulová – Řehák, 1998).

jako specifické antidotum. Při intoxikaci benzodiazepiny má obdobný účinek flumanezil. V obou případech po aplikaci specifického antidota může dojít k propuknutí okamžitého odvykacího stavu, kdy je třeba zabránit opětovné intoxikaci. Při intoxikaci stimulancií spočívá riziko v akutním paranoidním nastavení, deliriu, přílišném přebuzení organismu, jeho přehřívání a možnosti srdečního selhání. Je nutné ochlazovat organismus, případně podat diazepam intramuskulárně. Akutní intoxikace halucinogeny pak vyžaduje především dohled, protože největším rizikem je zde sobě nebezpečné jednání pod vlivem halucinací nebo nevnímáním reality (Nešpor, 2002).

U závislých skýtají rizika nejen intoxikace vysokými dávkami drogy, ale paradoxně také jejich náhlé vysazení, které může vést k rozvinutí abstinenčního (odvykacího) syndromu zejména u tlumivých látek (alkohol, opiáty, benzodiazepiny). Odvykací stav se objevuje po výrazném snížení nebo úplném vysazení drogy po dlouhodobém užívání nebo užívání vysokých dávek drogy. V závislosti na typu látky se objevuje celá škála jevů od neklidu, nespavosti, nebo naopak nadměrné spavosti, bolesti hlavy, svalů, křečí, halucinace až po epileptické záchvaty a delirium tremens (Nešpor, 2002).

Z výše uvedeného nástinu některých somatických komplikací, které s sebou přináší užívání návykových látek, můžeme vidět, že biologická dimenze uživatele drog bývá výrazně narušena, a proto je často nezbytné stabilizovat nejprve tento rozměr, než může být v terapii závislého učiněn jakýkoliv další krok. Zároveň nám praxe ukazuje, že zdravotní problémy mohou být jak překážkou v terapii, tak i podporujícím a motivujícím faktorem.

Psychologická oblast

Z diagnostického hlediska základní oblasti související s návykovými nemocemi (duševní poruchy, poruchy chování vyvolané abusem psychoaktivních látek, patologické hráčství a jevy spojené s počítačem a nakupováním), vymezují diagnostické manuály Světové zdravotnické organizace (MKN 10, Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize) a Americké psychologické společnosti (DSM IV, Diagnostic and statistical manual of disorders fourth edition). V České republice je závazně ve zdravotnictví užívána MKN 10. Ta rozlišuje pod kódy F10 – F19 na jedné straně skupiny drog, které vyvolávají návykové nemoci, na straně druhé pak typ vyvolané poruchy.

F10.x poruchy vyvolané alkoholem

F11.x poruchy vyvolané opioidy (heroin, subutex)

F12.x poruchy vyvolané kanabioidy (marihuana)

F13.x poruchy vyvolané sedativy a hypnotiky

F14.x poruchy vyvolané kokainem

F15.x poruchy vyvolané jinými stimulanty (pervitin)

F16.x poruchy vyvolané halucinogeny (LSD, „extáze“)

F17.x poruchy vyvolané tabákem

F18.x poruchy vyvolané organickými rozpouštědly

F19.x poruchy vyvolané užíváním několika látek nebo jiných psychoaktivních látek

Mezi typy poruch MKN 10 zahrnuje akutní intoxikaci, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykácí stavy, psychotickou poruchu, amnestický syndrom, reziduální stavy a psychózy s pozdním začátkem, jiné a nespecifikované duševní poruchy. Akutní intoxikace a odvykácí stavy jsme zmínili výše v rámci somatické dimenze uživatele, protože se jedná především o biochemickou reakci na přijetí či odnětí drogy tělu. Medicínský přístup je také hlavní při terapii důsledků opakovaného užívání u psychotických poruch, amnestického syndromu a reziduálních stavů (Nešpor, 2003; Nešpor, 2002).

Psychologický přístup se více uplatní v intervencích zaměřených na škodlivé užívání a syndrom závislosti. Při škodlivém užívání se u jedince již vyskytují negativní důsledky psychoaktivních látek na tělesném (například hepatitida, cirhóza) nebo psychickém zdraví, ale zatím ještě nejsou naplněna alespoň tři diagnostická kritéria pro syndrom závislosti MKN 10.

DSM IV užívá obdobnou kategorii *zneužívání látek* (substance abuse) v případě, kdy ještě nejsou naplněna kritéria pro závislost, ale zároveň má širší vymezení, které zahrnuje neschopnost plnit svou roli v práci, škole nebo doma (opakované absence, špatné výsledky v důsledku užívání), riskantní užívání (například řízení pod vlivem), trestní stíhání, setrvávání v užívání navzdory škodlivým důsledkům (v práci, společnosti, osobních vztazích) (Koob et al., 2008).

Syndrom závislosti je diagnostikován v MKN 10 na základě minimálně tří symptomů během 12 měsíců:

- *silné touhy* či puzení znovu užít drogu (bažení, craving)
- *ztráty kontroly* nad jejím užíváním (nad začátkem či ukončením užívání nebo množstvím požití návykové látky)
- *odvykací stav* (abstinenční syndrom) při výrazném snížení či vysazení drogy a s tím spojené další užívání, za účelem snížení příznaků odvykacího stavu
- *tolerance* k množství užívané drogy (narůstá množství látky potřebné k dosažení stejných účinků)
- *zanedbávání* jiných zájmů a potěšení ve prospěch užívání a obstarávání drogy
- *pokračování v užívání* i přes zjevné negativní důsledky (zdravotní, sociální i psychické)

DSM IV se v podstatě v kritériích shoduje s MKN 10, pouze výslovně neuvádí bažení jako kritérium a rozlišuje dva subtypy: s fyzickou závislostí a bez fyzické závislosti (Nešpor, 2003; Koob et al., 2008).

Bažení

Bažení (craving) je významným faktorem v udržování závislosti a významným dílem se také podílí na relapsu abstinujících. Bažení má objektivní i subjektivní projevy (Nešpor, Csemy, 1999):

Objektivní projevy

- aktivace určitých částí mozku (dorsolaterálního prefrontálního kortexu, limbického systému, amygdaly, mozečku)
- Oslabení paměti
- Prodlužuje se reakční čas - zhoršuje se postřeh
- Abnormální nález na elektroretinogramu (záznam elektrické aktivity sítnice)
- Zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku
- Snížení kožního galvanického odporu. Vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty provází také vystavení podnětům aktivujícím závislost, čili “spouštěčům”.
- Vyšší slinění u závislých na alkoholu

Subjektivní projevy

- Vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem návykové látky
- Nepříjemné tělesné pocity: Svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třes, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení.
- Nepříjemné duševní pocity: Silná touha po návykové látce nebo hazardní hře, úzkosti, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost. I samotný craving může hrát podobnou roli jako droga – nepříjemné pocity jsou přehlušeny prožitky bažení, uplatňují se jako obranný mechanismus vůči nevítaným emocím. Například v rámci residencečního programu se nový klient může cítit silně vyčleněný a osamělý. Před prožitky samoty, vyčlenění se uchyluje ke vzpomínkám na brání.

Lze také rozlišovat dva typy bažení. První se objevuje po odeznívání intoxikace návykovou látkou a je považován za fyzický craving, který je dáván do souvislosti s útlumem některých center. Oproti tomu psychické bažení se objevuje po delší abstinenci a je spojeno se spouštěči, jako jsou místa dřívějších aplikací, nákupu drogy, lidi, s kterými dotyčný bral (Nešpor, Csemy, 1999)

Witkiewitz a Marlatt definují bažení jako kognitivní zkušenost zaměřenou na touhu

užít látku, kterou má dotyčný spojenou často s očekáváním žádoucího efektu dané substance. Naproti tomu odlišují nutkání jako behaviorální záměr nebo impuls k požití látky. Podstatu cravingu tedy tvoří přilnutí k již dříve dosaženému prožitku spolu s očekáváním opětovného prožití (Witkiewitz a Marlatt, 2007). Přičemž spouštěčem tohoto přilnutí může být v podstatě cokoliv, co bylo asociováno nebo spoluprožíváno s efektem drogy: hudba, vůně, místo, lidé nebo konkrétní činnosti například kreslení u umělecky zaměřených uživatelů.

Při práci s bažením je prvořadé umět ho včas rozpoznat, uvědomit si ho a rozeznat spouštěče, s kterými je provázán. V dalším kroku je třeba osvojit si dostatečné strategie a dovednosti ke zvládnutí bažení a provádění prevence relapsu. Klíčovou roli sehrává ochota a motivace vzdorovat bažení, používat naučené techniky prevence relapsu a nastavit si své životní podmínky tak, aby byl počet rizikových podnětů (například lidí, míst) co nejmenší.

Ztráta kontroly

Ztráta kontroly nad drogou i životem bývá nejzjevnější příznak závislosti. V souvislosti s narušeným sebeovládáním mluví Koob (2008) o závislosti jako o poruše blízké impulzivním poruchám a zároveň i obsedantním poruchám. Přičemž s pokračující závislostí se jedinec přesouvá od impulsivního cyklu chování (Narůstající tenze/ nabuzení vede k impulsivní akci, která přináší gratifikaci nebo úlevu, ale je následována výčitkami, pocity viny a lítostí, což vede k vzrůstu napětí.) ke kompulzivnímu chování (úzkost/ stres vyvolávají nutkavé jednání, které přináší úlevu, ale přerůstá v obsesi.). V rámci rozvoje závislosti dochází k posunu od impulsivního chování k smíšenému nutkavě impulsivnímu chování. Mění se i z původně pozitivního zpevnění (příjemné prožívání účinků drogy) na negativní zpevnění (užívání zmenšuje nepříjemné příznaky odvykacích stavů).

Užívání návykových látek produkuje dvě komplementární tendence v otázce seberegulace a sebekontroly. Na jedné straně se zvyšuje množství aplikované drogy a/nebo frekvence braní, což se projevuje snižující se schopnost zvládat stres, nepohodu, vlastní prožívání a z něho vycházející chování včetně schopnosti odkládat své uspokojení s ohledem na kontext (například aplikace intravenózně na veřejnosti místo vyhledání vhodného chráněného místa). Na druhé straně je posilována tendence zvládat vlastní pocity a chování pomocí drogy - vnějšího regulačního systému. Rozvoj závislostního syndromu můžeme tedy nahlížet jako postupné přecházení z vnitřní autonomní regulace na pokus o vnější regulaci, kdy regulátorem je jednak návyková látka a často zároveň kodependentní vztah k jiné závislé osobě.

Myšlenka, že braní psychoaktivních látek je pokusem o seberegulaci, našla vyjádření v sebemedikační hypotéze. Ta vychází z klinických zkušeností, ale nachází oporu i ve výzkumech. Sebemedikační hypotéza považuje psychickou bolest za jádro závislosti, kdy jedinci s větší vulnerabilitou objeví zážitek úlevy, změny, útěchy, který jim droga být krátkodobě může poskytnout. Získají tak něco, na co jejich vlastní strategie vyrovnávání se a dovednosti nestačí (Khantzian – Albanese, 2008). Kritickými faktory pro vznik sebemedikace jsou narušené emoce a sebepéče, jako další významné faktory působí narušená sebeúcta a vztahy k druhým (Koob et al., 2008). Khantzian a Albanese (2008) uvádějí čtyři oblasti, které se snaží uživatelé psychoaktivními látkami regulovat:

- 1) chování (například stimulancia pomáhají zvládat náročnou a únavnou práci)
- 2) vztahy
- 3) pocit vlastní ceny (respektive její nedostatek)
- 4) emoce

Prožívání

Emoce a jiné prožitkové stavy patří mezi jevy, které se uživatelé snaží nejvíce zvládnout pomocí drog. Jsou to prožitky, které zaplavují vnitřní psychický prostor a jejichž dynamika není dostatečně zvládnutelná vnitřními regulačními systémy. Zejména negativní emoce (hněv, úzkost, deprese, nuda, frustrace, osamělost) jsou spojeny s nejvyšším procentem relapsů (Marlat et Gordon via Larimer et al., 1999). Nicméně některé drogy jsou spojeny často s příjemnými prožitky, například marihuana bývá pro část lidí spojena s prožitkem pohody, léta a odpočinkem. Sebemedikační hypotéza přímo poukazuje na spojitost mezi konkrétními prožitky a jednotlivými skupinami psychoaktivních látek. Nicméně je nutné brát v potaz rozlišení mezi primární drogou a sekundárními, kdy sekundární substance hrají často roli při kompenzaci negativních důsledků po odeznívání akutní intoxikace, odvykacích stavů nebo ve fázi, když už se uživatel posunul od pozitivního zpevnění k negativnímu v rámci návykového chování. Kudrle (2008) uvádí rozčlenění párů prožitků a drog na tři skupiny:

- 1) opioidy jsou odpovědí na potřebu vyhnout se bolesti, hledání klidu, úlevy od bolesti (fyzické i psychické – nuda, odlišnost, nízká sebeúcta a sebehodnota)
- 2) stimulancia, která přináší slast a euforii pro ty, kdo hledají prožitky energie, výkonu, kompetence, sebevědomí a překonání vnitřních zábran
- 3) psychedelika jako odpověď na potřebu transcendence, zážitku splynutí, jednoty a sebepřekročení

Základním znakem jedinců se závislostí je nízká frustrační tolerance vůči pocíťovanému diskomfortu a rychlejší uskutečňování aktivit s cílem nepohodu snížit nebo před ní uniknout. Snaha minimalizovat nepohodu co nejrychleji se dotýká nejen negativních prožitků, ale také napětí z očekávání, předjímání a nejistoty, která vyplývá z běžného života. Rozvoj frustrační odolnosti je klíčovou odpovědí pro odložené uspokojení, kontrolu impulsů a zvládání emocí (De Leon, 2000).

Významnou roli sehrávají pocity viny, které představují velice silnou psychickou bolest a zároveň obtížně sdělitelnou, protože bývá úzce propojena s pocitem studu a hanby. Vina uživatelů drog má mnoho podob i zdrojů. De Leon (2000) rozlišuje vinu směřovanou k sobě, k důležitým osobám (rodiče, partneři, děti), ke společnosti a k terapeutickému zařízení.

- Osobní vina pramení především z překračování vlastních morálních a sociálních pravidel, hranic a slibů. „Jak jsem mohl promrhat svůj život? Co jsem mohl všechno dosáhnout!“
- Vina k významným druhým zahrnuje výčitky nad okrádáním, lhaním, ponižováním, manipulováním, zneužíváním a zraňováním (fyzické i psychické) blízkých lidí nebo jejich zanedbávání (rodiče vůči dětem).
- Vina vůči společnosti vychází především z trestné a násilné činnosti vůči lidem a společnosti případně nezabránění takové skutečnosti
- Vina vůči terapeutickému zařízení vyplývá z porušování jeho pravidel, norem, nenaplnování očekávání druhých, terapeutů (De Leon, 2000).

Hostilita, hněv, vztek jsou skupinou emocí, která bývá pro závislé hodně častá. V řadě případů se jedná o téměř jediný způsob emocionálního vyjádření, který znají. Zároveň může být hněv a vztek bezpečnou a nejpřijatelnější emocí pokud je zaměřena navenek. Nezřídka agresivní, hněvivé prožívání a chování vyplývá z dřívějších traumat. Jedinci, kteří zažívají vysoký stupeň negativity a hněvu, budou s větší pravděpodobností brát heroin, jehož účinky jim pomáhá utlumit vlastní agresivitu (Khantzian – Albanese, 2008).

Oproti tomu stimulancia a kokain pomáhají překonávat depresivní stavy a pocity prázdnoty, nudy, únavy a vnímaných vlastních nedostatků. U uživatelů kokainu sebemedikační hypotéza rozlišuje dva typy nízko energetické a vysoko energetické. Nízko energetičtí uživatelé zažívají chronickou nudu, depresi a únavu oproti tomu druhá skupina má zvýšenou potřebu stimulace, vzrušení, euforie a zpravidla udržují neklidný, neusazený způsob života (Khantzian – Albanese, 2008). Při práci s prožíváním u závislých se můžeme potkat se silnými protichůdnými tendencemi na jedné straně necítit (například psychickou bolest z minulosti, vinu) a na straně druhé stojí vyhledávání silných prožitkových stimulů (drogy, adrenalinové sporty, posilování, střídání partnerů pro udržení „věčné zamilovanosti“)

Sedativa a alkohol pak mají potlačující a zklidňující vliv vůči nadměrně kontrolujícím a rigidním obranám, které následně zvyšují napětí, úzkost a znemožňují adekvátní vyjádření emocí zejména hněvu. Oproti uživatelům heroinu konzumenti alkoholu především tlumí své obrany a represe (Khantzian – Albanese, 2008). V praxi se setkáváme s přechodem od heroinu k alkoholu, což ukazuje na blízkost sytících mechanismů u obou typů sebemedikačního užívání tlumících látek.

Vědění

Drogové sebemedikační strategie, které se zaměřují na krátkodobé zvládnutí prožitků, vztahů, vlastního chování a sebeobrazu, kromě afektivní složky samozřejmě zasahují i část kognitivní. Procesy myšlení zejména během intenzivního užívání návykových látek procházejí pokřivením, kdy závislý spojuje informace do povrchní logiky, která vychází ze závěru napít se nebo užít nějakou látku, a následně teprve dává dohromady fakta a důkazy podporující správnost závěru, rozhodnutí napít se, užít drogu. Jedná se tedy o obrácený proces (od fakt a důkazů k závěrům a rozhodnutím). Nesmíme zapomínat, že na začátku užívání je droga schopná svými účinky naplňovat představy a očekávání. Ve vnitřním světě prožívání pro uživatele nějaký čas funguje. Dokáže rychle a zdánlivě bez následků přeladit vědomí, prožívání. Zároveň uživateli drog fungují obrany, které chrání jeho sebeobraz a eliminují ohrožující skutečnosti (první negativní dopady užívání). Závislý s takovým uvažováním dokáže dohromady spojovat protichůdná fakta (například typická věta „Už neberu.“ Během výměny injekčního materiálu v nízkoprahovém zařízení). Jak poukazuje Twerski (1997), tento způsob myšlení je sice typický pro závislé, ale vyskytuje se i mimo tuto skupinu zejména u lidí s poruchou přizpůsobení.

Nakken (1996) poukazuje na skutečnost, že často ani závislému nedává jeho vlastní chování smysl a po čase na hledání smyslu rezignuje. Místo toho se mnohem víc upne na životní styl, jehož středem je užívání drogy. Tímto rigidním zaměřením vnáší do svého života bezpečí a relativní pohodu. Ve stresu se pak o to víc upíná na dobře známé rituály a předměty. Závislostní logika říká: „Našlehní se a buď.“ Nové situace jsou výrazným ohrožením a proto jen obtížně přijatelné (Nakken, 1996).

De Leon (2000) pak ze zkušeností v terapeutických komunitách zdůrazňuje čtyři kognitivní charakteristiky závislých:

- 1) **Nedostatek uvědomění** nakolik jejich činy ovlivňují druhé a naopak nakolik chování ostatních lidí ovlivňuje je samotné, nepřemýšlejí o důsledcích, nedostatečné bývá i uvědomění si vlastních prožitků a cílů.
- 2) **Chybné úsudky** odkazují na sníženou schopnost řešit problémy, činit rozhodnutí a vyhodnocovat důsledky. Silný negativní dopad má impulsivita a obtíže s odložením uspokojení.
- 3) **Nedostatek vhledu** se odráží ve sníženém chápání spojitostí mezi jejich zážitky (pocity, sebevnímání, jednání) a jejich příčinami, vlivy, determinantami.

- 4) **Chabé testování reality.** Závislí obtížně rozlišují mezi pocity a skutečností, mezi tím, co chtějí, a svými potřebami. Díky tomu obtížně nahlíží sebe, ostatní a okolnosti tak, jak jsou.

Snížené schopnosti všímavosti a uvědomění, od kterých se odvíjejí další kognitivní distorze, jsou logickým vyústěním vyhýbavého, kompenzačního chování závislých, kdy potlačují vlastní bolestivé nebo diskomfortní prožívání a myšlení pomocí z vnějšku přicházejících chemických stimulů.

Chování

Jak bylo uvedeno již výše, velký vliv má na chování uživatelů narušený systém seberegulace, kdy se uživatel s postupujícím návykem propracovává od impulsivního chování blíže ke kompulzivnímu, od chuti požit drogu k potřebě aplikovat si jí. V každém případě se stále více užívání psychoaktivní látky nebo procesu (gambling, počítače, sex) se závislostním potenciálem stává dominantou prožívání, myšlení i jednání, což se projevuje ztrátou zájmu o dřívější koníčky, práci, přátele a všeho, co se netýká užívání drogy. Čas, který se tím uvolnil, pohlcuje obstarávání a aplikace drogy, následky tohoto užívání (například nadměrná spavost nebo celkový útlum a depresivní ladění) a kontakt s ostatními členy komunity toxikomanů.

Abusus návykových látek má silný dopad i na běžné každodenní úkony. Výrazné změny ve stravování nastávají například u konzumentů stimulancií (pervitin, kokain), které potlačují chuť k jídlu a také svými účinky přehlušují únavu a vnímání ostatních tělesných potřeb, jako je příjem tekutin. V důsledku delšího užívání dochází k výraznému úbytku tělesné hmoty a opakované dehydrataci. Neméně destruuující bývá styl života, který se pojí s bezdomovectvím či bydlením na squatu, například konzumace částečně zkaženého nebo jinak znehodnoceného jídla, nedostatek hygieny. Zejména u žen znepravidelnění až vymizení hygieny i sebezpečí přibližuje jejich vzhled jejich mužským protějškům a postupně tak vnějškově ztrácí statut ženy, což se zpětně negativně promítá do jejich sebeobrazu a podporuje sebezničující spirálu závislosti (Kobličková, 2009).

Dlouhodobé užívání návykových látek také pozměňuje sexuální chování. U stimulancií dochází k zdůraznění apetence a následně může vést k promiskuitnějšímu chování. U mužů kromě zvýšené chuti dochází zároveň ke snižování schopnosti ji uspokojit (zejména při užívání kokainu, Minařík, 2003b), čímž zpravidla dochází k prodloužení styku, který však může mít spíše charakteristiku perseverace (lidově zásek) při určité aktivitě (rozebírání přístrojů, přeskládávání věcí ve skříni, čištění zubů). „Zásek“ zpravidla doprovází ztráta vnímání času, takže daná činnost se může protáhnout i na několik hodin. Díky účinkům stimulancia se daná činnost jeví jako zábavná, smysluplná, pokud však sexuální partner není pod vlivem drogy, vnímá styk výrazně odlišně a spíše negativně. Pro oboustranné uspokojení pak bývá nezbytné užití drogy u obou partnerů, což vede k prohloubení závislostního vzorce ve vztahu i v sexualitě. V případě abstinence pak bývalý uživatel musí hledat nové cesty k vlastní sexualitě, jak ji naplnit, a zároveň překonávat vzpomínky a asociace z dob braní. Uživatelé opiátů častěji zakouší ztrátu libida i potence, ale zároveň to části z nich nebrání využívat prostituci, jako zdroj peněz na drogu (Minařík, 2003a).

Obdobně je tomu s ostatními činnostmi, které závislý vykonává pod vlivem drog. Ať už se jedná o práci nebo koníčky (hudba, kreslení apod.), dochází ke spojení mezi konkrétní činností a účinkem drogy. V případě léčby a následné abstinence taková činnost může fungovat jako velice efektivní spouštěč bažení a následného relapsu.

Nakken (1996) pod nálepkou závislostní chování uvádí pravidelné zklamávání sebe i ostatních, lhaní, obviňování, ritualizované chování a odtažení se od lidí. Zklamávání vyplývá z pokřivených kognitivních schopností (nerealistické cíle, přání místo reality) a ze špatně fungující seberegulace. Lhaní spolu s manipulací a podváděním patří k základním způsobům zvládání situací (Kalina, 2008), ale závislí často lžou i v případech, kdy je snazší říci pravdu nebo v zcela nevýznamných případech. Například řeknou, že měli k snídani housky, ve skutečnosti rohlíky. Lhaní se stává obdobně jako celé užívání návykových látek impulsivně/kompulzivním aktem, automatismem, který zhoršuje jejich interpersonální i intrapersonální situaci (ztráta důvěry a následné pocity viny, výčitky).

Rituální chování a samotné rituály vykládá Nakken (1996) jako jazyk promlouvající o víře, přesvědčeních a hodnotách. Jejich vyjádřením v rituálu posilujeme naše pouto k tomu, co představují a k lidem, kteří je sdílí. Rituály s sebou nesou určité předepsané očekávané způsoby chování. Stejně je tomu u závislostních rituálů. Když se závislý ocitne ve stresu nebo krizi, utíká se k bezpečí a pohodlí závislostních rituálů, čímž vyjadřuje svoje přesvědčení a víru v závislostní způsob chování. Obdobně funguje závislostní rituál v případě, kdy si uživatel psychoaktivních látek má vybrat z možností. Situace volby navozuje intenzivní vnitřní napětí, které se může uvolnit během rituálu díky tomu, že je daný a má své známé směřování. Pro závislého se objekt jeho závislosti stává symbolem jeho vztahu k světu a zároveň tím dává najevo, že si vybral vztah s tímto objektem (drogou) místo vztahu k lidem, spiritualitě (Nakken, 1996).

Značný dopad má dlouhodobé užívání návykových látek v době dospívání na vývoj jedince a jeho socializaci. Pokud si dospívající osvojí abusivní způsob zvládání místo rozvíjení vlastních schopností, dovedností a sociálních kompetencí, vytváří si závažný hendikep do dalšího života. V případě, že se užívání návykové látky nebo jiná činnost s návykovým potenciálem stane dominantou jejich vnitřního i vnějšího života, nemohou dospívající naplnit vývojové úkoly náležející pubertě (11 – 15) a adolescenci (15 – 22).

Langmeier a Krejčířová (2006) považují za hlavní úkoly pro dospívání separaci od primární rodiny (emocionálně a názorově) a větší navázání na vrstevníky, kdy tyto vztahy nabývají na rozmanitosti a významu. Rodina však zůstává hlavním zdrojem sociální opory.

K dalším úkolům patří objevování a ujasňování vlastní sexuality, identity, hodnotové orientace, smysl života a z něho vycházející volba povolání a příprava na .

Tato zátěž se projevuje především u uživatelů, kteří dospěli do stádia závislosti během studia střední školy, školu nedokončili a ani nenastoupili do zaměstnání. Díky tomu si neosvojili patřičné studijní nebo pracovní návyky, což přináší znevýhodnění na trhu práce a zvyšuje pravděpodobnost selhání ve všech situacích, které vyžadují dodržování režimu (léčba somatická i závislosti, práce, kontakt s úřady).

Hajný (2003) poukazuje na skutečnost, že droga může sehrávat v období adolescence roli prvku, který přináší oddělení od rodičů a jejich světa a zároveň vládu nad svými emocemi. Jak separace, tak regulace vlastního prožívání abusem návykových látek má samozřejmě omezené trvání na dobu intoxikace. Po odeznění účinků se naopak houpavka prožívání, která sama o sobě během puberty a adolescence může být intenzivní, ještě více rozhoupe. Místo separace od rodiny pak buď vykrytalizuje závislostní rodinný systém, nebo naopak dospívající náhle odejde a přeruší veškeré kontakty. Ani jeden z těchto způsobů nenaplnuje zdravé a zralé převedení hlavních vztahových vazeb z rodičů na partnera /partnerku nebo vrstevníky.

Nenaplnění těchto úkolů pak ovlivňuje následující životní etapy, kdy například časná dospělost je záležitostí upevňování identity, identifikace se s rolí dospělého, upřesňování cílů osobních i pracovních, volba partnera, existenční nezávislost na rodičích a plné přebírání odpovědnosti za svůj život v osobní i profesní sféře (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Minimálně škodlivým užíváním může být zasaženo celé období dospívání. Školní studie ESPAD v roce 2007, která se zaměřila na užívání alkoholu a drog v rámci kohortní studie šestnáctiletých zjistila, že 47% chlapců a 41% dívek získalo svoji první zkušenost s mariuahanou a extází do patnáctého roku (ESPAD, 2007). Analyzovali jsme uchazeče o umístění v terapeutické komunitě Karlov² za rok 2008, ze 43 dotazníků před vstupem do léčby vyplynulo, že průměrný věk iniciace návykovou látkou je třináct let. V 31% (13 uživatelů) šlo o alkohol a v dalších 31% o kombinaci marihuany (případně extáze) a alkoholu. V sedmi případech uchazeči o komunitu udávali jako nejčasnější drogu pervitin a v šesti případech pouze marihuanu. Průměrný věk, kdy uchazeči začali užívat tvrdé drogy, činil patnáct let. V průměru tedy přechod k tvrdým drogám činil dva roky. Průměrný věk uchazečů byl dvacet let, což představuje sedm let od počátku užívání návykových látek a znamená zasažení téměř celého období dospívání od 11 let do 22. roku.

² Komunitu Karlov provozuje sdružení Sananim o.s. a je určena pro klienty ve věkovém rozpětí 16 – 25 let. Část kapacity je vyčleněna pro matky s dětmi.

Vývojové hledisko přináší do terapie lidí se závislostí téma dospívání a osobního zrání jako nezbytnou součást terapeutického procesu a také zároveň vývoj limituje možnosti terapeutického působení, protože není v lidských silách dohnat během jednoho pobytu v léčebném zařízení roky vývoje. Ačkoliv výše uvedený vzorek nemůžeme považovat za reprezentativní, dokládá reálnou možnost zasažení vývoje závislého jedince, který může vyústit v celou řadu tělesných i duševních obtíží.

Komorbidita

Pojem komorbidita (comorbus) v překladu znamená spolu-nemocnost a koresponduje tak s definicí WHO z roku 1995, která říká, že komorbidita je „souběžný výskyt poruchy s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“ (EMCDDA, 2004). V praxi se používá jako synonymum pojem duální (dvojí) diagnózy, který odkazuje na možnost stanovení dvou duševních diagnóz u jednoho pacienta. Podle kauzality můžeme rozlišovat tři skupiny komorbidity. První skupinu představují lidé s primárně jinou duševní poruchou mimo spektrum F10 – F19, kdy se užívání návykových látek vyvinulo jako sekundární problém v rámci sebededikace. V druhé skupině jsou lidé, kteří si návykovými látkami přivodili duševní poruchu a ve třetí skupině jsou duální diagnózy s nejasnou kauzalitou. Výskyt komorbidity představuje řadu rizik a nároků pro léčbu klientů s dvojí diagnózou (Miovská - Miovský - Kalina, 2008):

- Omezení v souvislosti s mírou zapojení do léčebného programu, udržení se v něm
- Zdroj rizikových situací vedoucích k relapsu (interpersonální konflikty, přetrvávající deprese snižující motivaci k léčbě, chybějící kompetence a sociální dovednosti)
- Výrazné komplikace při neabstinování (špatná léková compliance, kontraindikace některých farmak)
- Nároky a zátěž na personál (široké vzdělání, vyšší odolnost a podobně)

Tato rizika a nároky odrážejí potřebu specifického přístupu a způsobu léčení u lidí s duální diagnózou. Příkladem mohou být lidé s traumatem, kdy se v současné době uplatňuje model stabilizace – zpracování traumatu – integrace (Steiner, Krippner, 2006). Glenn Schilardi ve svém programu „Hledání bezpečí“ (The Seeking Safety program), který se zaměřuje na terapii PTSD (posttraumatické stresové poruchy) a zároveň zneužívání návykových látek, klade velký důraz na bezpečí, ukotvení a obnovu hranic (Najavits, 2003). Obdobně přistupuje k traumatu a PTSD Peter Levin, který uplatňuje v terapii edukaci o povaze stresové reakce a zaměřuje se na práci s tělem a vnímanými tělesnými pocity (Levine, 2002).

Mnoho závislých bývá traumatizováno už v dětství, samotné užívání a s ním spojený životní styl přináší další traumatizaci, i když krátkodobě drogy přinášejí úlevu a podporují disociaci. Traumata zejména chronická vedou k deformaci sebepojetí i nahlížení světa, což může vyústit v poruchy osobnosti nebo PTSD. Kudrle (2003b) taktéž poukazuje na podobnosti mezi dynamikou vnitřních opioidů (endorfinů) a dalších neurohormonů, které se

uvolňují během traumatizujících událostí a mají jednak analgetický efekt a zároveň pomáhají inhibovat explicitní paměť. Exogenní (vnější) opioidy mají obdobné účinky. U endogenních i exogenních opioidů pak dochází k nárůstu tolerance. Náhlé vyabstinování v nedostatečně bezpečném prostředí pak otevírá větší prostor doposud potlačovanému traumatickému materiálu, který se vrací ve formě flashbacků, posttraumatických příznaků a pocitů neúčinnosti (Kudrle, 2003b).

Léčba duálních diagnóz může být koncipovaná jako následná (nejprve jedna diagnóza v jednom zařízení, následně druhý problém v jiném zařízení), souběžná (ve dvou různých zařízeních oddělená léčba dvou poruch), nebo integrovaná (v jednom zařízení s jedním terapeutickým týmem oba problémy). Třetí možnost se jeví logicky jako nejefektivnější jak z ekonomického i lidského hlediska, byť klade vyšší nároky na terapeutický tým a větší pružnost a možnosti přizpůsobení celého systému.

Různé výzkumy se liší v konkrétních číslech duálních diagnóz, ale zpravidla na prvním místě bývají poruchy osobnosti, které u klinických vzorků tvoří 50 – 90% poruch u drogově závislých. Na druhém místě jsou depresivní a úzkostné poruchy (20 – 60%) a na třetím místě psychotické poruchy s 15 – 20% (EMCDDA, 2004). U nás takto orientované šetření provedl Kalina v léčebných zařízeních Sananim o. s. 2001 – 2002 a dospěl k 35,5 % psychiatrické komorbiditě (Kalina via Miovská - Miovský - Kalina, 2008). Nešpor k častým přidruženým poruchám dále řadí poruchy příjmu potravy, patologické hráčství (Nešpor, 2003c).

O obdobnou analýzu se pokusili badatelé na datech Ústavu zdravotnických informací a statistiky za rok 2003, kdy měli k dispozici údaje z psychiatrických léčeben a nemocnic. Zjistili že z 15 118 uživatelů drog hospitalizovaných během roku 2003 pouze 6,1% bylo diagnostikováno s duální diagnózou (Miovska – Miovský- .Mravčík, 2006). Toto nízké číslo poukazuje spíše na problematiku diagnostického procesu u komorbidit závislých pacientů. Na jedné straně symptomy závislosti a účinky psychoaktivních látek mohou překrývat symptomatiku duševních poruch, a na straně druhé řada patologických symptomů může být důsledkem užívání drog a během léčebné abstinence mohou tyto příznaky odeznít v souladu s úpravou stavu pacienty po odeznění odvykacích stavů (Nešpor, 2003c). Proces stanovení přesné diagnostiky ovlivňuje celá řada proměnných od spolupráce klienta, vzájemné komunikace, možnosti opakovaného vyšetření během delšího časového úseku, přenosových a protipřenosových jevů až po kapacitní vytíženost lékařů.

Kromě těchto závažných diagnóz je třeba brát v potaz i poruchy, které se zdají být méně závažné, ale mohou stejně dobře spustit ničivou spirálu závislosti. Jsou to například poruchy učení. V první řadě ADHD (attention deficit hyperactivity disorder dle DSM – IV), které

odpovídá přibližně diagnostická jednotka hyperkinetická porucha (MKN 10). Tato porucha byla dosud především spojována s dětmi ve školním prostředí, nicméně poslední trend ve výzkumu a terapii poukazuje na přetrvávání této poruchy i do dospělosti. Americká psychiatrická asociace uvádí, že ADHD se týká přibližně 3 – 5 % dětí v USA, z toho u 70-80% dětí s touto diagnózou přetrvává do dospívání (Wood, 2009). Pro ADHD je typická porucha kognitivních funkcí, motoriky a percepce, emoční labilita, zvýšená dráždivost, neklid, impulsivita a špatná sociální přizpůsobivost, která ústí v odmítání sociálním okolím (Malá, 2000). V mnohém tedy živná půda pro sebemedikaci návykovými látkami. ADHD v dospělosti zpravidla přináší problémy v osobních vztazích, časté změny zaměstnání, zhoršený výkon díky nepozornosti a prokrastinaci, problémy s financemi díky selhávání v pravidelném placení účtů. Ohrožení jsou především jedinci s nediagnostikovanou poruchou ADHD, kteří jsou pak interpretováni jako charakterově vadní. Ukazuje se, že mezi dospívajícími, kteří nebyli zamedikováni na ADHD, bylo signifikantně vyšší procento uživatelů návykových látek, než u zamedikovaných teenagerů (Gwinell – Adamec, 2006).

Jednou z možností farmakoterapie u ADHD představují stimulantia (Ritalin, Dexedrine), což otevírá plně prostor zneužívání pervitinu, který může přinášet skutečně kýžený efekt, ale s negativním dopadem díky užívání mimo léčebný plán a lékařský dohled. V případě abstinence, ale neléčení, mohou opět negativně působit symptomy ADHD. V těchto případech mohou být farmakologicky použita antidepresiva (Bupropion, Straterra). Z psychosociálních intervencí jsou vhodné režimové, kognitivně behaviorální techniky, trénování sociálních dovedností, rozvíjení sebeúcty a seberegulace.

Přidružené psychické poruchy mohou být jak původní příčinou, tak udržujícím faktorem, který může bránit vstupu do léčby závislostí nebo jejímu pokroku, pokud není stanovena diferenciální diagnostika a následná odpovídající péče. Duální diagnózy výrazně zvyšují nároky na personál léčebných zařízení, jejich vzdělávání, ale i časové možnosti jednotlivých zařízení, kdy je možno v daném časovém rozmezí léčby zvládnout pouze část pacientových problémů.

Sociální dimenze

Slovo sociální můžeme k návykovým látkám a závislosti vztáhnout ve třech úrovních. První úroveň obsahuje sociální řád především z hlediska státu, instituce, pravidel a zákonů. Druhá úroveň zahrnuje vztahy k jednotlivým osobám, skupinám, rodinné a jiné společenské systémy, do nichž závislý patřil nebo patří. Třetí úroveň nahlíží problematiku drog jako projev, symptomy dynamiky ve společnosti.

Do úrovně sociálního řádu náleží především využívání sociálních a zdravotních služeb, dluhy, zaměstnání a bydlení. Dříve, než se blíže podíváme na výše uvedená témata, je dobré si uvědomit, že skupina uživatelů návykových látek je poměrně různorodá. Od lidí, kteří mají zaměstnání a často i rodinu a zároveň více či méně užívají drogy, přes skupinu závislých na lécích, alkoholu s určitou tolerancí ze strany společnosti, až po skupinu bezdomovců a squaterů, kteří droze zcela podřídili své životy. Samozřejmě se členství v jednotlivých skupinách mění v závislosti na míře zvládnutí svého vztahu s drogou. Nejčastěji se mluví o tak zvaných problémových uživatelích, jejichž počet byl v roce 2008 odhadován na 32 500 uživatelů (Mravčík et al., 2009).³

Prvotní komplikací před zahájením léčby nejčastěji představuje absence dokladů (občanský průkaz, karta pojištěnce zdravotních pojišťoven). Bez těchto dokladů mohou závislí čerpat služby pouze u nízkoprahových zařízení (terénní programy, kontaktní centra), která provozují neziskové organizace a své služby poskytují anonymně. Ztráta, zapomenutí či ukradení osobních dokladů proběhne, až několikrát ročně. Příčinou jsou především zhoršené kognitivní funkce, akutní účinky návykové látky a vztahy panující v komunitě závislých. Zařízení dokladů bývá jeden z prvních kroků k realizaci léčby závislosti.

Pokud je problematika dokladů spojená s přípravou a začátkem léčby, pak otázka dluhů nabývá na důležitosti během léčby a především po jejím ukončení nebo během fáze doléčování. Největší riziko zadluženosti spočívá v demoralizujícím účinku při nástupu do zaměstnání, kdy může být plat obstaven až na životní minimum. V této perspektivě návrat do společnosti a jeho řádu nevypadá jakou žádoucí a může zvýšit pravděpodobnost relapsu. Další možností bývají výdělků na černo.

Dluhy se mohou pohybovat v rozsahu od několika tisíc až po milionové částky (zejména v případě gamblingu). Za rok 2010 u 108 klientů doléčovacího centra Sananim třetina klientů (37) neudávala žádné dluhy, další třetina (34) udávala dluhy do 100 tisíc a

³ Za problémové uživatele jsou považováni dlouhodobí nebo pravidelní uživatelé tzv. tvrdých drog a především nitrožilně užívatelé jedinci.

zbývajících třetina (37) udávala dluhy v rozmezí 100 000 - milion. Dohromady dluh činil 12 153 000 korun českých. Uváděné cifry lze brát pouze jako orientační a ilustrativní, protože klienti často neuvádějí dluhy vůči rodině, nelegální dluhy u lichvářů a obvykle také nemají o všech dluzích přehled. Skutečné zadlužení bude tedy spíše vyšší. Na ohromné výši se nemalou mírou podílí jejich nesplácení a tedy narůstání pokut a exekuční náklady, kdy původně malá částka narůstá do mnohonásobných rozměrů.

Zvládání dluhů vyžaduje schopnost plánovat, hospodařit s financemi, komunikační dovednosti při jednání s věřiteli, exekutory, orientaci v čase, zodpovědnost a dostatečné ukotvení v realitě i schopnost uskromnit se a vyjít s málem po dlouhou dobu. Celou situaci zhoršují exekuce, které nejen výrazně navyšují dlužné částky, ale zároveň ohrožují blízké osoby závislých (rodinu, partnery). Je to jeden z důvodů, proč bývá trvalé bydliště přeneseno od rodičů a partnerů na městský úřad. Nejčastějšími věřiteli bývají dopravní podniky, zdravotní pojišťovny, finanční instituce (banky, poskytovatelé úvěrů), blízké osoby.

Další proměnnou na úrovni sociálního řádu představuje kriminalita. Na jednu stranu může působit jak motiv pro vstup do léčby (příprava na nástup do výkonu trestu, snaha o získání kladných bodů k soudu, impuls ke změně životního stylu), ale také na straně druhé jako interference s léčbou (nástup do výkonu trestu z terapeutické komunity) nebo důsledek drogové minulosti, který opožděně dopadá v okamžiku, kdy exuser již žije řádným životem.

„Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy je v ČR v posledních letech stabilní. Osoby jsou ze 70–80 % zadrženy, stíhány, obžalovány a odsouzeny za porušení § 187 (nedovolená výroba a obchod s drogami) trestního zákona, nejčastěji v souvislosti s pervitinem. Za drogové trestné činy bylo v r. 2008 zadrženo nebo trestně stíháno 2 296–2 322 osob. Stabilní je podíl osob (cca 12 %) zadržených nebo stíhaných za přechovávání drog pro vlastní potřebu podle § 187a TZ – nejčastěji v souvislosti s konopnými látkami a pervitinem“ (Nečas – Pešek, 2009, s. 14.). V polovině roku 2008 byl proveden sběr dat a následně odhadnuta sekundární drogová kriminalita,⁴ která zahrnuje především krádeže různého typu, vloupání, neoprávněné držení platebních karet. Za 1,5 roku bylo spácháno celkem 374 248 trestných činů (především majetkových), na kterých se uživatelé drog podíleli odhadem z 29% (Nečas – Pešek, 2009). Kromě vlivu na léčbu má kriminalita v minulosti samozřejmě dopad na získání zaměstnání ve formě záznamu v trestním rejstříku.

Na základě šetření v nízkoprahových zařízeních v květnu 2008 byla zjištěna struktura příjmů financí mezi uživateli drog. 20% klientů udávalo stálé zaměstnání s řádnou pracovní

⁴ Sekundární drogová kriminalita se netýká výroby, prodeje a držení omamných látek, ale bezprostředně s drogami a jejich uživateli souvisí.

smlouvou, 12% příležitostnou legální práci, 19% klientů pracuje příležitostně „načerno“, 18% pobírá sociální dávky, 23% uvedlo jiný zdroj příjmů. Mezi jinými zdroji příjmů se objevily na prvním místě krádeže, prodej drog a jiná trestná činnost, dále prostituce, žebrání, příjem od rodičů, invalidní důchod, sběr kovů nebo umělecké vystoupení na ulici (Šejvl via Mravčík et al., 2009).

Pro část aktivních uživatelů bývá stálé zaměstnání symbolem ukončení jejich problémů s drogou, víra v to, že je zaměstnání zbaví veškerých problémů, aniž by museli na sobě cokoli změnit. Obvykle nedokážou reflektovat svoji sníženou schopnost dodržovat pracovní nebo jakýkoliv režim. K selhávání také přispívají snížené kognitivní schopnosti a chybějící zdravé sociální dovednosti potřebné k jednání s nadřízenými a spolupracovníky. Proces hledání zaměstnání bývá sám o sobě dostatečně psychicky náročný a u exuserů bývá komplikovaná nejen díky záznamu v rejstříku trestů, ale také díky tomu, že se delší drogová kariéra obvykle projeví nedokončeným nebo nedostatečným vzděláním i v pracovním životopise (chybějící pracovní kariéra, nápadné mezery, časté střídání zaměstnání). Pro abstinující může být řada pracovních míst vysoce riziková (přítomnost alkoholu, automatů, nepravdělná pracovní doba, noční služby, drogová klientela, pijící nebo drogy užívající kolegové) vzhledem k možnostem relapsu. Pokud však exuser najde vhodnou práci, kde se osvědčí, získává významný zdroj svého sebevědomí a sebehodnoty.

Bydlení představuje další z významných faktorů, který hraje důležitou roli v terapii závislostí. Již zmiňovaný výzkum v nízkoprahových zařízeních z května 2008 zjistil, že 64% osob bydlí v bytě se sociálním zařízením (vlastní byt, pronájem, bydlení s rodiči, s partnerem), 21% osob bydlí bez sociálního zařízení (squat, chata) a 15% osob žije bez přístřeší (Šejvl via Mravčík et al., 2009).

Z posledních dvou skupin se často rekrutují „sezónní pacienti“, kteří léčebná zařízení využívají jako azyl na zimu. Tyto skupiny jsou také díky chybějícím sociálním zařízením více ohroženi infekčními chorobami a sociální exkluzí v důsledku obtížného dodržování sociálních standardů ohledně osobní hygieny a oblékání. Uživatelé bez řádného bydlení nebo z prostředí toxibytů a domácností s dalšími uživateli návykových látek (například rodiče zneužívající léky nebo alkohol) obtížně zvládají ambulantní léčbu díky neustálému vystavení možným spouštěčům relapsu a návykových látek. Samozřejmě je toto prostředí vysoce nevhodné pro návrat z absolvované léčby. Obdobně je kontraindikací spolubydlení s pachateli traumatizace (fyzické, sexuální nebo duševní násilí a týrání). V tomto případě je indikována residenční léčba (psychiatrické léčebny, terapeutické komunity a chráněné byty v rámci doléčovacích

center). Nalezení vlastního bydlení a zvládání problémů a nároků s tím spojených představuje významný krok v začleňování do běžného života.

Vztahy

Vztahový systém závislého bývá jednou z nejvíce postižených oblastí života. Vztahy také odhalují závislost jako nemoc, která není výlučnou záležitostí jedince, ale celé řady lidí především rodiny závislého a dalších blízkých osob. Ve vztahovém prostředí závislého se setkáváme se spoluzávislostí nebo i celým závislostním rodinným systémem, který je tvořen řadou svébytných rolí udržujících status quo.

V prvé řadě ničí vztahy závislého prohlubující se zaměřenost na drogu, její obstarání a užití. Ostatní věci i lidé přicházejí o svou důležitost a význam ve prospěch drogy a rozvíjejícího se impulsivně-kompulsivního vzorce chování. Obstarání drogy je natolik důležité, že se závislý v případě nedostatku financí mnohdy uchyluje ke krádežím peněz a předmětů, které lze prodat. Mezi první okradené patří právě rodina jako prostředí, kde zpravidla krádeže mají nejmenší negativní důsledky pro uživatele návykových látek. Nejvíce se na tom podílí neochota členů rodiny vidět toto jednání, popírání a odmítání takové možnosti. Kromě krádeží se uživatel drog rozvíjí v dovednosti lhaní a manipulaci se svým okolím, aby jednak dosáhl své hlavní aktuální životní hodnoty – stavů navozených drogou a také aby zakryl své chování překračující osobní i společenské normy. Toto chování ve spojení s účinkem drog na centrální nervovou soustavu uživatele prohlubuje narušení kognitivní funkcí. Závislý se pohybuje velkou část svého bdělého fungování ve změněném stavu vědomí díky vlivu drogy, odvykacích stavů i svérázného stylu života, který obnáší zanedbávání základních tělesných potřeb (nedostatečné stravování a pitný režim).

Užitečné zde může být srovnání s hypnoticky navozeným stavem vědomí (transem), které je charakterizováno především svým selektivním zúžením vědomí a odpoutaností od reálného prostředí, kdy se určujícím stává vztah k hypnotizérovi. Dochází ke zkreslení vnímání i hodnocení. Řídící činnost, která uskutečňuje plánování a výkonné funkce, může být přenesena na hypnotizéra. Testování reality ustupuje do pozadí, nicméně bývá v malé míře uchováno i v hluboké hypnóze (Kratochvíl, 1999). Droga může sehrávat roli hypnotizéra a navozovat výše uvedený trans, díky kterému uživatel návykových látek vnímá své fyzické i sociální prostředí zcela jinak. Závislý se snaží v tomto transu udržet, co nejčastěji a co nejdéle. V okamžiku vynoření z transu a v konfrontaci s reálným světem a důsledky svého jednání si rozvíjí a posiluje své obrany, aby si uchoval přijatelný sebeobraz a zároveň nepřišel o svůj způsob vyrovnávání se s nepříjemným prožíváním i reálnými problémy pomocí užívání drog, který pro závislého z krátkodobého hlediska funguje.

K nejobvyklejším obranám mezi závislými patří popírání, racionalizace, externalizace, projekce a somatizace (De Leon, 2000):

- Závislí přicházejí s celou řadou racionalizujících důvodů, omluv a logických vysvětlení, které minimalizují jejich vliv na současný stav a omezují jejich možnosti změny.
- Závislí mají zpravidla místo kontroly (locus of control) externalizovaný a přenesený na rodinu, blízké, společnost a terapeutu, díky čemuž se mohou vzdát odpovědnosti i případných pocitů viny.
- V rámci svých projekcí připisují lidem ve svém okolí emoce, myšlenky a postoje, které sami nemohou přijmout. Obviňují ostatní z nespolehlivosti, neschopnosti, zlých úmyslů, nepřátelství a podobně.
- Zejména v rámci léčebných zařízení fungují somatizace (bolesti hlavy, nachlazení, trávicí problémy) jako způsob vyhýbání se nepříjemným povinnostem a okamžikům v rámci léčby.

I tyto obrany značně přispívají ke zhoršení vzájemných vztahů mezi závislými a jejich sociálním okolím.

Během léčby je třeba opustit tyto vztahové vzorce a osvojit si a rozvíjet novou sadu sociálních dovedností: navazování kontaktu a konverzace, dávat a přijímat komplimenty, oceňovat sebe i druhé, zlepšit neverbální komunikace (porozumění i vyjadřování), vyjadřovat své emoce, schopnost naslouchat, být přiměřeně asertivní, poskytovat a přijímat zpětnou vazbu, umět odmítat (zejména drogy a alkohol), komunikovat v blízkém vztahu, budovat si sociální oporu (Mcmurran, 1994).

Zpravidla experimentování s drogami, škodlivé užívání i závislost vznikají během období dospívání, kdy se dospívající vyčleňuje z primární socializační skupiny (rodina) a začleňuje se do dalších (vrstevníci ve škole a mimo, kolegové v práci). Ačkoli názorově se dospívající obracejí k vrstevníkům, hlavní oporou zůstávají jejich rodiče. Stejně tak dosavadní sociální dovednosti z rodiny nejsou vyvráceny, ale spíš posilněny a obohaceny vrstevnickými vztahy (Langmeier – Krejčířová, 2006).

Dospívání přináší řadu komplikací do vzájemných vztahů mezi dětmi a rodiči. V první řadě je to sexuální dospívání, které může pro rodiče představovat příliš náročnou výzvu vedoucí k zvýšené úzkosti, kontrole, útlumu komunikace (zejména mezi otcem a dcerou). Dalším rizikem může být perspektiva odchodu dětí z rodiny a jejich úplné osamostatnění, což může vyvolat silné pocity ohrožení způsobu života rodiny a následně k pokusům o připoutání dítěte k rodičům. V praxi se často setkáváme s přílišnými nároky, kterým dospívající bez

zkušeností nemůže dostát. Typickým příkladem je požadavek rodičů, aby se dospívající choval jako oni se svými aktuálními zkušenostmi. Neposkytují dostatečný prostor pro hledání, pokusy a omyly. Dospívající není uznán dostatečně zodpovědným a kompetentním, a proto ho dále udržují v pozici malého dítěte.

Rodinné systémy se závislým členem vykazují obdobné znaky jako jedinec se závislostí. U uživatele drog nacházíme popření, manipulaci s okolím, posedlost drogou a nutkáním k jejímu užívání, vyhýbání se nepříjemnému a snahou regulovat své prožívání účinky drog, emocionální poruchy i somatizace.

U rodiny se projevuje nejprve popírání samotného jevu závislosti u člena rodiny a později po přijetí tohoto jevu popírání a bagatelizace hloubky závislosti (Conyers, 2003). Po zjištění užívání drogy dítětem jsou rodiče často přesvědčeni, že to vyřeší během krátké doby, zákazem a kontrolou nebo zavřením do léčebného zařízení i proti vůli dospívajícího bez ohledu na jeho motivaci. S pokračujícím užíváním drog se rozvíjí u některých členů posedlost závislým a nutkání ke kontrole téměř všech aspektů jeho života – finance, přátelé, bydlení, práce, stravování, oblékání i léčby (Conyers, 2003). Dochází k opomíjení ostatních členů rodiny, zanedbávání zájmů a sebepečce. Často rodiče v této fázi podmiňují své osobní štěstí uzdravením a štěstím závislého člena rodiny. Důsledkem pak jsou emocionální (například deprese, silné úzkosti) i somatické problémy.

Závislostní povaha rodinného nebo partnerské systému našla vyjádření v modelu spoluzávislosti (kodependence). Encyklopedie závislostí považuje kodependenci za nezdravý vztah blízkých osob závislého, kdy umožňují pokračování závislosti a mají z ní sekundární zisky. Spoluzávislí mají nižší sebeúctu, silnou potřebu být potřebováni, sebehodnotu odvíjejí od své užitečnosti a péče o druhé, mají tendenci kontrolovat a měnit druhé, nerealisticky věří ve vlastní schopnost vyléčit závislého, mají zvýšenou ochotu trpět, z které odvozují svou morální nadřazenost, odolávají a bojí se změny (Gwinell – Adamec, 2006). Wegscheider-Cruse (1987) dále uvádí neschopnost spontánnosti, problémy s intimitou, přehnanou potřebu souhlasu od ostatních, zmatky a úzkosti ohledně rozhodování a realizace změn, černobílé soudy, strach z vlastního hněvu a jeho popření, strach z opuštění. Kromě partnerů, malých dětí a sourozenců závislých upadají do spoluzávislosti také lidé z pomáhajících profesí. Popisuje celkem čtyři stádia vývoje kodependence (Wegscheider-Cruse, 1987):

1. **Závislostní vazba:** během vytváření vazby s člověkem se spoluzávislý stává intenzivněji zapojen do vztahu, který se s prohlubující kodependencí stává více jednostranný

2. **Strach:** jakmile si spoluzávislý uvědomí rozvíjející se jednostrannost, zakouší pocity paniky a strachu ze ztráty a odloučení. Zároveň si uvědomuje nemožnost kontroly nad objektem své lásky / závislosti, díky tomu si rozvíjí strach z opuštění, osamělosti a vlastní opravdovosti.
3. **Emoční paralýza:** Strach ze ztráty milovaného vede k potlačování vlastních pocitů, spontaneity a projevování se, která má minimalizovat riziko opuštění milovanou osobou.
4. **Paralýza chování:** Díky pocitům výrazné zranitelnosti si spoluzávislý vytváří pevné vzorce chování, jako jsou obrany, opakující se rigidní rituály.

U kodependentních rodinných příslušníků nacházíme obdobné chování a obrany jak u závislých (popírání, externalizace, racionalizace), které brání změně na straně rodiny. Wegscheider-Cruse (1987) doporučuje následující sled kroků: uvolnění vzteku (stupeň úlevy), viny a hanby, vyjádřit své zranění a smutek (stupeň přijetí), začít mít rád sám sebe (stupeň naděje a důvěry), obracet pozornost navenek, přijímat to, že je člověk milován druhými (stupeň svobody uzdravení). Pak se mohou vynořovat nové možnosti a bývalý spoluzávislý jedná sám za sebe.

Jedním z rysů závislého rodinného systému je vytváření rolí, které nesou část rodinného procesu nepřijatelného pro zbytek rodiny. Nejvýraznější bývá označení závislého za černou ovci rodiny a učinit z něho nositele negativních procesů.

Rodiče přivedli Pavla (19 let) kvůli každodennímu kouření marihuany a občasnému užívání pervitinu. Pavel by líčen jako líný, zanedbávající povinnosti a nekomunikující se zbytkem rodiny. Prý raději kouká do počítače a na rodiče jenom vrčí, na otázky neodpovídá. Při zmapování rodinného stylu komunikace se ukázalo, že obdobným způsobem reagují i sami rodiče. Otec upřednostňuje práci v dílně a matka se věnuje svým seriálům a domácím pracem. Společná rodinná aktivita proběhla naposledy před několika lety.

V rámci rodiny závislého členové systému obsazují specifické role, aby se zachovala rovnováha (homeostáze) celého systému, bohužel se to děje pomocí dysfunkčních a neefektivních prostředků, které sice vedou ke stabilizaci rodiny, ale svou rigiditou destruuje psychické i fyzické zdraví jednotlivých členů a uspokojuje jejich potřeby náhražkami sekundárních zisků.

Wegscheider-Cruse identifikovala ve své klinické praxi několik rolí, které se typicky opakovaly v rodinách závislých (Wegscheider-Cruse, 1987; Juhnke – Hagedorn, 2006):

- **Umožňovač**, který dělá všechno možné kromě konfrontace a opuštění závislého vztahu. Zpravidla chrání závislého před důsledky jeho závislosti a zároveň zakouší pocity viny z neschopnosti pomoci závislému od užívání. U rodičů se často setkáváme s uvíznutím v představě o své rodičovské roli. Jako správná matka musí vše vydržet, poskytnout veškerou svou pomoc, až do roztrhání těla. Jako rodič ví, co je pro dítě dobré a ono musí poslechnout.
- **Rodinný hrdina** vnímá vše, co se děje a přebírá odpovědnost za rodinu tím, že se stane úspěšným a populárním. Úspěchy se hrdina snaží zakrýt a zasytit pocity neadekvátnosti, osamělosti a bolesti.
- **Obětní beránek** odmítá rodinný systém útekem, stažením nebo vzdorovitým chováním. Bývá označen za problémového, nemocného. Obvykle se projevuje problematickým chováním ve škole a následně pitím či drogami. Obdobně jako většina členů závislostního systému zakouší osamělost, hněv, odmítnutí a zranění.
- **Ztracené dítě** se nenápadně straní rodiny, stahuje se do ústraní, do oblastí života mimo rodinu. Profiluje se jako neproblémový. Prožívá pocity zavržení, osamělosti a neadekvátnosti.
- **Maskot** skrývá svou bolest za humor a poskytuje celému systému odlehčení. Maskotem nejčastěji bývá nejmladší člen rodiny, který má schopnost odvést pozornost od bolestivého i ohrožujícího tématu. Uvnitř sebe však prožívá nejistotu. Je vyděšený a zároveň má potřebu zachránit rodinu.

Další koncept rolí, který se pokouší uchopit dynamiku dění v rodině či jiném sociálním systému, představuje dramatický trojúhelník Stephana Karpmana vycházející s práce transakční analýzy Erika Berneho. Karpman porvedl syntézu rolí, které se vyskytují v „hrách“ identifikovaných Bernem. Výsledkem je zjednodušený koncept tří komplementárních rolí – oběti, kata a zachránce, kdy každá role má své vedlejší zisky a všechny mezi sebou přesouvají odpovědnost, vinu na toho druhého (Petitcollin, 2008):

- **Oběť** vzbuzuje soucit svou nevinností, neobratností, nešťastností. Přitahuje, rozčiluje a dráždí. Jejím cílem je vzbudit lítost a přimět druhé, aby se o ni postarali, převzali za ni její problémy a odpovědnost. Role oběti přináší pozornost a beztrestnost za své činy. K vedlejším přínosům patří i masochismus, kdy fňukání a sebelítost představují jedinečný druh požitků.
- **Kat** (tyran) šikanuje, útočí, přikazuje a vyvolává zášť. Jeho úloha je být přísný, zlý a krutý. Hlavní výhoda role kata spočívá v možnosti vybití svou frustraci na oběti.

- **Zachránce** (spasitel) je laskavý, ušlechtilý, silný s ochranářskými sklony. Nikdy se nezastaví. Poskytuje neúčinnou pomoc. Svou aktivitou vyvolává pasivitu. Trpí tajným strachem z opuštění. Řeší neustále problémy druhých a nezapomíná upozorňovat na dluh, který ostatní méně schopní a méně odpovědní k němu mají. Svým pomáháním utíká před vlastními problémy, má iluzi moci a může se cítit užitečný, laskavý, nesobecký a dobrotivý.

Juhnke a Hagedorn v práci se závislou rodinou kladou velký důraz na vyhodnocovací, diagnostický proces na začátku terapie. Kvalitní vstupní interview může přinést především pochopení závislostní dynamiky uvnitř rodiny, konfrontovat závislé členy uvnitř rodinného rámce, podnítit vhledy ohledně interakcí se sebou samým i ostatními a podpořit zdravou, systémově orientovanou změnu (Juhnke – Hagedorn, 2006).

Klinické vyhodnocovací interview se odehrává v šesti fázích (Juhnke – Hagedorn, 2006):

1. Během **identifikační** fáze probíhá vyjasnění, kteří členové rodiny by měli být přítomni a kdo ne podle věku a rodinné dynamiky.
2. **Úvodní** fáze má za úkol snížit úzkost z rozhovoru a terapie, domluvit pravidla a ustanovit limity.
3. Fáze **zhodnocení silných stránek** přináší popis zdravých způsobů, jak mohou závislí členové naplňovat své potřeby. Zjišťují se možnosti terapeutů a členů rodiny, jak podporovat závislého v udržení abstinence. Tato fáze také podporuje rodinu, aby pokračovala v pozitivních vzorcích chování.
4. **Anamnestická** fáze shromažďuje údaje o drogové kariéře závislých členů rodiny.
5. **Obnovující** fáze ověřuje, zda jsou shromažžděny všechny potřebné informace k zahájení terapie. Učí závislé členy rodiny jak požádat o pomoc a obnovuje závazky mezi členy rodiny.
6. **Závěrečná** fáze poskytuje pocit zakončování. Rekapituluje důležité body sezení.

Změna může být dosažena podle rodinné terapie modifikací chování, rolí, pravidel a vztahů uvnitř rodinného systému (Juhnke – Hagedorn, 2006). Každá rodina se nachází v trochu jiné situaci a vyžaduje různou míru intervencí. Juhnke vyvinul během své klinické práce s rodinami závislých progresivní stupňovitý model terapie závislého rodinného systému (Juhnke – Hagedorn, 2006):

Na **prvním** stupni se pracuje s motivačním rozhovorem a trvá jedno až dvě sezení, na jejichž konci je evidentní, nakolik je rodina připravená a motivovaná ke změně a zda je rodinné poradenství / terapie tou pravou volbou.

Druhý stupeň se zaměřuje na řešení, kdy jsou členové rodiny podporováni v rozvíjení vize, jak bude situace vypadat, až závislost zmizí nebo se zmenší. Druhý stupeň obvykle trvá tři až sedm sezení.

Třetí stupeň nastává, pokud se poradenský proces zadrhával v předcházejících stupních nebo rodina nedělá další pokroky. Na této úrovni se pracuje s kognitivně-behaviorální rodinnou teorií. Pozornost je zaměřena na identifikaci rizikových situací a vnitřních i vnějších spouštěčích závislosti nebo oslabených rozhodnutí abstinovat.

Čtvrtý stupeň využívá přístup strukturální rodinné terapie. Cílem je vytvoření vhodné struktury rodiny, která by stabilizovala závislé členy a zároveň posilovala schopnost rodiny vyrovnat se se závislostí.

Pátý stupeň zaměřuje rodinu více na vhledy, zejména se soustředí na mezigenerační dynamiku, která podporuje závislostní chování. Tento stupeň se opírá především o teorii rozšířeného rodinného systému a je nejvíce propojen s dílem Murrye Bowena. Ten přinesl koncept diferenciací Já (self), kdy zdravý dospělý je schopen rozlišovat a oddělovat emoce od myšlenek, sebe od druhých a zvládat tak protichůdné síly, které na jedné straně člena rodiny propojují s rodinou a na straně druhé jedince vyčleňují. Pokud převáží vázající síly, dochází k nadměrnému prolnutí s ostatními členy rodiny (hyperprotektivní matka prožívající nepohodu dítěte jako svou vlastní). V případě převážení odstředivých sil je takový člen rodiny emočně odštěpený (například citově chladný otec). Tyto síly mohou také způsobit nadměrné napětí ve vztahu, kdy se jeden z dvojice obrací na třetí osobu nebo objekt závislosti, aby zmenšil vztahové napětí nebo z něho unikl. Vytvoření krátkodobě odlehčujícího vztahu ke třetímu objektu nazývá Bowen triangulací. Může se zde uplatnit přenos na další generace. Například žena, která se na nátlak manžela musela emočně odříznout od svých rodičů, se nadměrně naváže na své dítě a vytvoří difúzní identitu s nejasnými hranicemi. Takové dítě neprochází standardním vývojem a může se uchýlit k drogám jako odlehčení od vztahu s matkou.

Šestý stupeň využívá modifikovanou verzi mezigenerační terapie rodiny původu Jamese Framo. Zdůrazňuje propojení dospělých dětí na své původní rodiny a pomáhá zpracovat a integrovat zážitky a vzpomínky z původní rodiny, které se vynořily během předcházejících stupňů. Jejich přehodnocením a zpracováním může dojít ke změně pohledu, rolí a vztahů v současné rodině a změnit tím současný rodinný systém.

Sedmý stupeň je zakotven v psychodynamické rodinné terapii objektových vztahů. Prohlubuje pochopení jednotlivých členů rodiny, internalizovaného vnímání sebe i druhých a dopad tohoto vnímání na rodinné vztahy. Důležitou roli sehrává korektivní zážitek v interakci s terapeutem.

O něco odlišné bývá poradenství a terapie s rodiči nebo partnery závislých. V první řadě záleží na aktuálních potřebách rodičů/ partnerů a stávající situaci kolem závislého, od které se odvíjí způsob práce.

Krizová intervence je na místě často při zjištění skutečnosti, že blízká osoba užívá návykové látky, nebo při výrazném zhoršení jeho stavu či situace (odchod z léčby, útěk od rodiny a podobně).

Další úroveň spolupráce představuje poskytování údajů o účincích drog a jejich rizicích, povaze závislosti, abstinčním syndromu a o léčebném systému v České republice. Tyto informace napomáhají zklidnění emocí, přerámování situace, navázání kontaktu s patřičným zařízením. Rodiče mohou zjistit, že v dané situaci nejsou sami a mají možnost získat odbornou pomoc a přenést část své péče o závislého na specializovanou instituci, což jim může ulehčit rozhodování v případě náročných kroků, jako je vyhození závislého z domova. Nové informace pomáhají překonat morální model závislosti, který bývá mezi laiky často rozšířen a celou situaci spíše zhoršuje (výčitky, obviňování, moralizování, pocity viny). Operační manuál doléčovacího centra Sananim na základě nejčastějších dotazů rodičů sestavil tematické okruhy, kterými se zabývá v rodičovských edukativních skupinách (Sananim, 2005):

1. Typický průběh drogové kariéry, změny objevující se v poslední době.
2. Drogová subkultura a postoj společnosti vůči ní.
3. Charakter a účinek jednotlivých drog.
4. Co se vlastně děje v léčbě. Typy léčby, které v současnosti existují. Jaká máme režimová a komunitní zařízení.
5. Mohli jste něco poznat už předem? Jsou některé děti ohroženy více než jiné a jak to poznat?
6. Jaký zápas vede moje dítě? Co jsou to chutě, flashbacky, relaps, o čem to může vypovídat.
7. Zdravotní rizika, infekční poškození jater, možnosti invalidizace v důsledku braní drog, možnosti léčby.

8. Dávejte pozor na léky. O nečekaných rizicích a záludnostech některých snadno dostupných farmak.
9. Dnes jen o zdárných pokusech. O tom, že není vůbec nic nemožné, že úplně každý může z drog ven, ale ne každý to zvládne napoprvé.
10. Co vůbec víme o závislosti a co s ní umíme udělat. A naopak co nevíme a neumíme.
11. Dědičnost, predispozice z hlediska medicíny a biochemie.
12. Spouštěče, zkřížená závislost, alkohol.
13. Je doléčování nutností? Co děláme v Doléčovacím centru. Informace o systému garantství.
14. Kontrolované braní, víkendový uživatel, doživotní abstinence, relapsy a recidivy.
15. Chcete slyšet pár čísel? Statistika Doléčovacího centra.

Poradenství s rodiči obvykle obnáší témata: jak se chovat k závislému, hranice v rodině, rodičovské role, pocity viny a selhání, rozložení odpovědnosti v rodině, komunikace, zdravotní stav závislého a další komplikace, dospívání dětí. Rodiče jsou podporováni v přijímání nových vzorců chování, které zahrnují: nechránit závislého před důsledky jeho chování, při intoxikaci přerušit komunikaci a vztahovou blízkost, poukazovat na souvislosti mezi užíváním drog a nepříjemnými prožitky, otevřenější a autentičtější komunikaci, vyjadřovat touhu po změně a sdílet svoji nespokojenost s aktuálním stavem, umět se postarat o sebe, stanovovat hranice, umět rozpoznávat manipulaci vzdorovat jí a nedělat ji (Frouzová – Kalina, 2008).

Přechod k jiným vzorcům chování bývá postupný a někdy zdlouhavým dialogem mezi kroky podněcující závislého ke změně (například ukončit umožňující aktivity – dávání peněz) a aktuální kapacitou rodiče (například schopnost snášet vyhublost, zanedbanost dítěte). Prvním krokem může být to, že místo peněz poskytuje rodič potraviny. Po nějaké době a po zhodnocení pokroku může omezit i tuto podporu, pokud závislý nejeví změnu. Zároveň se rodič musí vypořádat s tím, že už nenese odpovědnost za zdravotní stav potomka, i když se ho to emocionálně silně dotýká. Pro rodiče i ostatní blízké závislého bývá nejtěžší nedělat řadu věcí, které dosud dělali. Toto ne-dělání vytváří vnitřní prázdný prostor, který musí vyplnit něčím novým. Pokud si rodič toto dovolí a začne se věnovat i sám sobě případně partnerskému životu, který při závislosti dítěte bývá enormně zatížený, posouvá se do nové životní etapy, v níž může nalézt uspokojující a sytící způsob života.

Můžeme tu vidět paralelní proces k procesu závislého v léčbě. Závislý opouští obsedantně-impulsivní zvládání svého vnitřního i vnějšího světa pomocí drog a rodič opouští

obsedantně kompulzivní a kontrolující péči o dítě. Ta působí u rodiče obdobně jako droga u závislého. Skrze kontrolu druhého zvládají vlastní prožívání a vnitřní utrpení. Mít závislé dítě doma pod dohledem je nesmírně vyčerpávající a náročné, ale stále (alespoň na počátku) přijatelnější, než zažívat úzkost, nejistotu a bezmoc při jeho nepřítomnosti, kterou si rodič vyplňuje katastrofickými scénáři (trestná činnost, prostituce, smrt).

Tato kapitola načrtla základní terapeutický terén v rámci třech dimenzí člověka – biologické, psychické a sociální. Následující kapitola se věnuje spirituální dimenzi očima vybraných terapeutických směrů.

Psychoterapie oslovující spirituální dimenzi

V této kapitole se věnuju čtyřem psychoterapeutickým školám – logoterapii, na focusing zaměřenou psychoterapii, procesově orientovanou práci a psychedelické terapie. Všechny zmíněné přístupy dokážou oslovit a rozvíjet duchovní rozměr člověka a každá to činí poněkud odlišným způsobem. Dohromady představují určité kontinuum od kognitivního uchopení (logoterapie) duchovna až po čistě zážitkové uchopení (psychedelické terapie). Na následujících řádkách je nejprve přiblíží, následně se budeme zabývat jejich konkrétním vztahem ke spiritualitě a na závěr každého pododílu se podíváme, jak dokážou tyto školy pracovat s problematikou závislostí.

Logoterapie a existenciální analýza

Tato označení používal Viktor Emanuel Frankl ve svých knihách, kde popisuje význam smyslu pro člověka a jeho zdravý život. Slovo logoterapie bylo odvozeno a složeno z řeckých pojmů a bývá překládáno jako léčba významem, smyslem. Nicméně řecké slovo logos nese celou řadu významů: slovo, řeč (mluvená), rozum. Všechny tyto další významy slova lze na logoterapii také vztáhnout. Logoterapeutická péče se uskutečňuje primárně skrze slova, mluvenou řeč. Důležité místo zde zaujímá sokratovská metoda, kdy se učitel snaží svým tázáním přivést žáka k opětovnému poznání (Störig, 1992). Ačkoliv Frankl váhal přiznat sokratovskému dialogu ústřední místo v logoterapii, jeho následovníci a kolegové mu přiznávají stejně důležité místo jako zbývajícím logoterapeutickým technikám – paradoxní intenci a dereflexi (James M. DuBois, 2004). Logos je také výsostným pojmem v řecké filosofii – úhelném kameni západní civilizace. Poprvé ho použil Herakleitos z Efesu v 5. století před Kristem ve smyslu světového vševládajícího rozumu, který se snaží lidé poznat (Störig, 1992). Frankl je, jak ukazují jeho přednášky a knihy, bytostně filozofem, který staví především na odkazu Platona, Aristotela, filozofů existence a fenomenologie (Max Scheler, Karl Jaspers, Edmund Husserl, Martin Heidegger, Martin Buber) (Wagenknecht, 2009a).

Frankl se vymezil především vůči psychoanalýze (Freud), individuální psychologii (Adler), ale především jejich redukcionismu. Postuloval tři dimenze člověka tělo-psychiku-duchovní dimenzi, přičemž duchovní rozměr vykládal ne-nábožensky a jako startovní bod pro psychoterapii (Frankl, 2004). Prvotní a ústřední motivací je pro člověka podle Frankla vůle ke smyslu jakožto specificky lidská neredukovatelná potřeba (Frankl, 1994a). Pokud dojde k frustraci vůle ke smyslu uplatňuje člověk vůli ke slasti (Freud), nebo vůli k moci (Adler). Frustraci vůle ke smyslu zpravidla lidé zakoušejí jako pocity bezsmyslnosti a pocit nenaplněnosti. Existenciální vakuum spojuje Frankl se stavem soudobé společnosti, která žije v materiálním blahobytu a duchovním redukcionismu. „Kdykoli jsem tázán, jak vysvětluji vznik existenciálního vakuu, poukazuji obvykle na tento fakt: Na rozdíl od zvířete neříkají člověku žádné instinkty, co musí; a člověku dneška už neříkají žádné tradice, co je jeho povinností a často se zdá, že už neví, co vlastně chce (Frankl, 1994a, s. 5an.)

Podle Frankla smysl, který dokáže zaplnit existenciální vakuum, nemůže být dán člověku zvenčí, ale musí být nalezen. Při hledání smyslu je člověk veden svým svědomím, coby orgánem smyslu, který je schopný vnímat smyslové tvary v konkrétních životních situacích (Frankl, 1994a).

Balcar poukazuje na odlišnost svědomí oproti jiným psychologickým konceptům (superego, behavioristická anticipační odezva nebo kognitivní disonance). „Svědomí je svému nositeli jasným ukazatelem smyslu v jedinečných životních situacích a událostech. Není však vládcem člověka. Je mu spíš ukazatelem či - životněji - "svědkem pravdy" o smysluplném počínání v životě. A člověk sám má svou míru svobodné volby vždy; nejen vůči vnějším a vnitřním danostem a tlakům svého života, ale i vůči svému svědomí.“ (Balcar, 1997)

Člověk může ve smysluplném životě realizovat tři druhy hodnot: tvůrčí, zážitkové a postojové. Tvořivé hodnoty hrají v západní kultuře ústřední roli. Je to aktivní zapojení do tvorby – napsat knihu, namalovat obraz, postavit dům, odvést dobrou práci (Cox M. – Klinger E., 2004). Zážitkové hodnoty jsou naplňovány v přijímání světa, když se člověk ponoří do krásy přírody, uměleckého díla. Třetí skupinu tvoří postojové hodnoty, které se můžou uplatnit zejména, když předcházející hodnoty jsou omezeny například při vážné nemoci, která brání člověku tvořit a prožívat (například celkové ochrnutí). Postojové hodnoty jsou o tom, jak člověk přijímá svůj osud, jak ho nese (například statečnost v utrpení). Dokud je člověk při vědomí, nese odpovědnost vůči hodnotám (Frankl, 1994b). V možnosti zvolit si svůj postoj vůči osudu spočívá nejzazší svoboda člověka.

Frankl se opakovaně odvolává na dva spirituální fenomény: sebeodstup a sebezpřesah. Schopnost sebeodstupu umožňuje zaujmout postoj k situaci nebo k sobě samému a díky tomu realizovat postojové hodnoty. Sebeodstup nám dává možnost, svobodu a zároveň odpovědnost, kterou mají pouze lidé. Sebeodstup je základem techniky paradoxní intence. Naproti tomu schopnost sebezpřesahu umožňuje člověku sáhnout za sebe samého směrem ke světu a smyslu. Může se vztáhnout k hodnotám a duchovním myšlenkám, vytvořit láskyplný vztah k jiným lidem. Díky tomu může plně realizovat svoji vlastní lidskost a překonat neurotickou sebestřednost. (Cox M. – Klinger E., 2004). V praxi k tomu pomáhá technika dereflexe. Třetí specifickou logoterapeutickou technikou, ale i obecným principem vedení rozhovoru je postojová změna s využitím sokratovské metody, která umožňuje naplnit postojové hodnoty (Wagenknecht, 2009a).

Logoterapie poukazuje na lidskou potřebu žít smysluplně a soustřeďuje se na hledání a uskutečňování tohoto smyslu v konkrétních podmínkách života jedince. Existenciální analýza se zabývá fenomenologickou analýzou podmínek naplněného života (Wagenknecht, 2009a; Wagenknecht, 2009b). Samotný pojem existenciální analýza zavedl Frankl a používal ho ve dvojím významu. V prvním smyslu slova hrála roli filosoficko-antropologického základu logoterapie jako teoreticko-výzkumný směr (obecná existenciální analýza). V druhém

významu to byl přímo terapeutický proces analýzy konkrétního jedince, kdy se Frankl snažil přivést dotyčného k prožitku odpovědnosti za své bytí (speciální existenciální analýza). Existenciální analýzu dále rozpracovali Franklovi žáci Elizabeth Lukasová a Alfred Längle, který ji přetvořil v samostatnou psychoterapeutickou koncepci, která se více zabývá podmínkami pro naplněný život. Od Längleho široce pojatého přístupu se Frankl v devadesátých letech dvacátého století distancoval, jako od příliš vzdáleného od jeho pojetí logoterapie (Wagenknecht, 2009b).

Längle (2007) navazuje na Franklovu "výzvu okamžiku" - tedy to, co člověk za daných okolností vnímá jako něco, co má učinit. Smysluplně žít znamená v Längleho (2002) výkladu plnit ten úkol, který před námi právě stojí. Oba se shodují na tom, že je to život sám, kdo klade otázku člověku po smyslu nikoliv naopak. Längle přichází se čtyřmi kategoriemi, v kterých je člověk vyzýván bytím, aby zaujal postoj a naplnil svůj život (Längle, 2007):

- 1) V této kategorii se nalézá **svět se svými podmínkami a možnostmi**, který před člověka klade otázku: Mohu být s danými možnostmi a za daných okolností? Může mít člověk své místo na tomto světě? Uspokojení potřeb místa, bezpečí a opory dává vzniknout důvěře ve svět, v sebe a možná i v Boha. Pocit pevného zakotvení a opory pro vlastní život tvoří základ bytí, vede k postoji klidu. Pokud místo, bezpečí a opora chybí, vzniká neklid, nejistota a úzkost.
- 2) Další kategorie vznáší **otázku kolem vlastního života, přirozenosti**. Přeji si žít? Je pro mě dobré být? Toto tázání vyvstává tváří v tvář utrpení, radosti, jednotvárnosti, štěstí a smůle. Abychom dokázali mít rádi život, potřebujeme: vztah, čas a blízkost. Naplnění těchto potřeb vede k souznění se světem a se sebou samým, člověk vycítuje hloubku života, základní hodnotu bytí. Chybějící blízkost, čas a vztahy vedou nejprve k touze, pak k chladu a nakonec k depresi.
- 3) V této kategorii jde o **totožnost, nalézání sebe samého**. Člověku je životem kladena otázka: „Já jsem jedinečný, odlišný - smím být takový, jaký jsem, a chovat se tak, jak se chovám?“ K pozitivní odpovědi zde člověk potřebuje pozornost, přijetí a ocenění, pak může být autentický, odvážný a vážit si sám sebe. Tyto zkušenosti utváří jeho sebehodnotu a osobní bytí - nejhlubší hodnotu jeho já. Pokud se jedinci nedostává pozornosti, přijetí a ocenění objevuje se osamělost a stud a posléze hysterie.

- 4) Poslední kategorie zahrnuje **budoucnost s jejími výzvami k jednání**. Budoucnost před člověka staví otázky ohledně jeho vztahu k proměnlivosti, ke změně a k vývoji, otázku smyslu existence: "Jsem zde - k čemu je to dobré? Co tato chvíle ode mě chce, nač mám odpovědět?" Pro pocit životního smyslu zde člověk potřebuje pole činnosti, strukturní souvislosti a hodnotu v budoucnu, pak je člověk schopen obětovat se, jednat a nakonec prožívat i nějakou formu religiozity. V opačném případě se objevuje pocit prázdnoty, životní frustrace, dokonce zoufalství a často i chorobná závislost.

Naplněný život pak pramení z odpovědí: „Můžu být, přeju si žít, smím být takový jaký jsem a mám jednat takovým a takovým způsobem.“ Tyto základní podmínky naplněné existence představuje Längle (2007) jako strukturní model současné existenciální analýzy, který lze využít jako základ pro diagnostiku, terapii a nozologii.

Logoterapie a spiritualita

Logoterapie je sama o sobě ukázkou spirituality, která není vázaná na nějakou vyšší bytost dodávající světu smysl. Můžeme říci, že jde o humanistickou spiritualitu, kdy logoterapie vede člověka k tomu, aby uskutečnil to nejlepší ze sebe. Ústředními nástroji pro tuto duchovnost jsou sebeodstup a sebetranscendence.

Längle (2007) považuje člověka od přirozenosti za duchovní bytost, protože svou povahou přesahuje hmotu a živou přírodu. Pod pojmem duchovnost, spiritualita chápe prožitkovou otevřenost vůči jakési veličině, která člověka přesahuje ve všech čtyřech základních vztazích. Spiritualita je „zakoušení ducha v životě“ (Längle, 2007).

Náboženství a církve je založena především na rozměru předávání víry, kdežto prožitkový rozměr byl dlouho opomíjen a zanedbáván. Základní zkušenost víry umožňuje existenci, kdy člověk může sám vycítit, prožít a nalézt. Není závislý na zvěstování a spáse. Základní zkušenost víry je zároveň podkladem každé religiozity. Náboženství pak dokáže prožívané vykládat, vyjadřovat, objasňovat a ukazovat v širších souvislostech (Längle, 2007).

Frankl trvá na důsledném oddělení náboženství a psychoterapie. Vtáhnutí religiozity do terapie pokládá za její devaluaci a naopak pokud by si teologie nebo náboženství učinily z psychoterapie služku, dojde ke ztrátě přínosu z terapie. Logoterapie a existenciální analýza musí zůstat vůči náboženství neutrální a stejně tak i lékař (psychoterapeut). S religiózním tématem do terapie může přijít pouze pacient. Pokud pacient o náboženství, duchovnosti, nemluví, může terapeut z pozice věřícího (nikoliv ze své role lékaře a terapeuta) doufat v jeho odvahu toto téma otevřít nebo v to, že dosud nevěřící klient vyjde z duchovního nevědomí, a duchovně, nábožensky se probudí (Frankl, 2007).

Psychoterapeutickou cestu k práci s pacientem na tématu nejzazších hodnot a smyslu staví na jiném východisku: „Když psychoterapie vnímá jev víry ne jako víru v Boha, ale jako rozsáhlejší víru ve smysl, pak je naprosto legitimní, když se jevem víry zabývá a zaměstnává.“ (Frankl, 2007, s. 52) Logoterapie se tak zabývá vůlí ke smyslu a vůlí k poslednímu smyslu. Náboženství staví svůj vztah na víru a důvěru v poslední smysl. Vůči náboženství Frankl (2007) směřuje námitku proti nucení do víry v souladu se svým přesvědčením, že smysl nejde dát, ale pouze je možno ho nalézt. Člověk se nemůže přinutit k naději, lásce, smíchu ani k víře v nějaký konkrétní smysl. Frankl tak podporuje osobní náboženství na základě nalezeného smyslu (nebo hledaného) oproti davanému smyslu v rámci různých denominací (Frankl, 2007).

Logoterapie a závislosti

Indikaci logoterapie pro léčbu alkoholismu a narkomanie vedle kriminality uvádí už Frankl, který se odvolává na výzkumy alkoholismu a pocitu bezesmyslnosti (Annemarie von Forstmeyerová, Crumbaugh) prokazující statisticky významnou korelaci mezi závislostí na alkoholu, a existenciálním vakuem (Frankl, 1994a). Obdobně uvádí Halama výzkumy prokazující vztah mezi nízkou úrovní smysluplnosti života a zneužíváním psychotropních látek: Newcomb – Harlow, 1986; Kokosińska, 1992; Waisberg – Porter, 1994 (Halama, 2003). Somov (2007) oceňuje logoterapii jako účinný a cenný nástroj především v předléčebné a poléčebné fázi. V rámci předléčebného působení je logoterapie a existenciální analýza účinná svým zaměřením na hodnoty a postoje, svojí schopností zvyšovat uvědomění si vlastní odpovědnosti a celkové posilování motivace klienta ke vstupu do léčby (Somov, 2007). Klient před nástupem do léčby potřebuje spatřovat v léčbě a dalším směřování nějaký smysl, mít důvod, proč tak učinit. V rámci následné péče se uplatňuje jako účinný nástroj prevence relapsu. Navíc oproti léčbě ve strukturovaném, přesně naplánovaném programu (léčebny, terapeutické komunity) doléčovací fáze klade výraznější nároky na klienta v hledání diferenciovanějšího a konkrétního životního zaměření a nasměrování (Halama, 2003). Výše uvedený výzkum Weisberga a Portera u alkoholiků prokázal, že vyšší smysluplnost znamenala vyšší šanci na abstinenci (Waisberg – Porter, 1994, via Halama, 2003). Abstinence a léčba jsou nástrojem nikoliv dostatečný cíl sám o sobě, proto je zde hledání smyslu natolik akcentováno a přínosné.

Existenciální vakuum a problematika smysluplnosti se uplatňuje ve fenomenologii závislostí trojím způsobem:

- 1) Existenciální vakuum jako spolupříčina závislosti
- 2) Existenciální vakuum jako součást problému
- 3) Existenciální vakuum jako udržující faktor závislosti

Ačkoliv Frankl uvádí existenciální vakuum jako hlavní faktor aplikace drogy (LSD) a následně získání pocitu smyslu (nikoliv skutečného smyslu), dosud není prokázána jednofaktorová etiologie závislosti a spíše se uplatňují vícefaktorové teorie vzniku závislosti. Dá se však předpokládat, že bezesmyslnost jistě hraje silnou roli zejména v případech, kde závislý netrpí žádnou výraznou osobní nebo rodinnou patologií.

U uživatelů návykových látek s časným začátkem závislosti hraje pravděpodobně existenciální vakuum spíše roli dalšího symptomu nebo následku závislosti. Pokud vzniká

závislost v období před vyčleněním dítěte ze sféry rodičů do sféry vrstevníků, lze zde spíše předpokládat silný vliv rodinné patologie či nezdravého rodinného systému. Díky existující závislosti či jiným problémům je pak narušen zdravý vývoj dítěte, který směřuje k rozvinutí duchovního (noetického) rozměru dítěte a tedy hledání a nacházení odpovídajícího smyslu života (Halama, 2003).

V systému péče o závislé se však nejvíce setkáváme s existenciálním vakuem v roli udržujícího respektive bránícího faktoru. Pro úspěšnou léčbu potřebuje klient spatřovat v léčbě, abstinenci, ale především v další životní perspektivě smysl, aby byl vůbec motivován k potřebným činnostem (zapojení do léčebného programu, využití získaných informací a dovedností například technik k prevenci relapsu). Krizovým se však často ukazuje krok k opuštění drogy, která byla po nějakou dobu středobodem duševního i fyzického života uživatele návykových látek. Dlouhodobá závislost zpravidla postupně pohltila zájmy, koníčky, zdravé vztahy s přáteli, rodinou, ale i schopnost sám za sebe tvořit a odpovídat na výzvy života. Aplikace drogy případně procesu se závislostním potenciálem se stala dominantní odpovědí na vše, co život přinášel. V okamžiku, kdy situace vznáší požadavek na vzdání se drogy a světa s ním spjatého, vystupuje existenciální vakuum plně ve své děsivosti. Samozřejmě pak často závislý není schopen či ochoten udělat tento radikální krok, opustit známé a vydat se na cestu ze závislosti.

Na této cestě mají logoterapeuté k dispozici řadu nástrojů. Z výsostně logoterapeutických technik je to především dereflexe, která se velice dobře uplatňuje při práci s bažením. Podstata dereflexe spočívá v odvedení pozornosti klienta od sebe samého a svých chutí k zaměření se na jiné aktivity, činnosti, hodnoty, které dokážou strhnout jeho aktivitu, pozornost a energii. Pozitivní přínos dereflexe je jak v daném okamžiku (zvládnutí bažení), tak i v dlouhodobé perspektivě naplňováním života pozitivním obsahem, realizováním sebetranscendence (Halama, 2003).

Složitější je použití paradoxní intence v terapii závislostí. Halama ji považuje pro práci s bažením kontraindikovanou díky vysokému riziku relapsu být při přehnaném či paradoxním prožívání bažení. Nicméně se paradoxní intence a sebedistance dá využít pro práci s jinými jevy a důsledky závislostí (Halama, 2003).

Třetí technika logoterapie – modulace postojů – má široké uplatnění a důležité místo v tom, jak se přínosně a odpovědně postavit k důsledkům závislosti z minulosti (dluhy, podlomené zdraví, vina za spáchané utrpení). Nereflektovaná hanba a sebeodsouzení totiž mohou vést k návratu k užívání, k „blažené nevědomosti“ intoxikovaných stavů (Halama, 2003).

Somov využívá logoterapii ve skupinovém formátu pro závislé, kteří absolvovali klinickou rehabilitaci ze závislosti a kladou si otázku: Tak jsem čistý a co teď? Somov zde nabízí skupinu zaměřenou na smysl života, jejíž základní filosofie spočívá na myšlence, že abstinence je jen prostředek usnadňující cestu k smysluplnému životu a skupina napomáhá umístit minulé užívání do existenciálního kontextu a pomoci nalézt smysluplnou orientaci do budoucnosti. Logoterapie nabízí normalizující a depatologizující interpretaci závislosti jako útěk z bezsmyslnosti a legitimní, byť ne optimální pokus o vyřešení noogení neurózy/deprese (Somov, 2007).

Skupina smyslu života je profesionálně vedená, sekulární, na obsahu založená, strukturovaná skupina, v níž jsou kladeny otázky, nebo je vedena diskuze o existenciálně důležitých otázkách a jsou prováděna zážitková cvičení. Skupina je vedena především v duchu Sokratovské metody a staví na následujících pravidlech a východiscích (Somov, 2007):

- a) Skupina je příležitostí projednat smysl života a jak se vztahuje k užívání návykových látek a abstinenci.
- b) Členové skupiny vyjadřují své názory, aniž by je podsouvali či vnucovali druhým.
- c) Členové skupiny se pokouší zůstat otevření vůči prozkoumávání důsledků pro život, které plynou z jimi vyjadřovaných postojů.
- d) Specifické náboženské názory a otázky mají své místo mimo tuto skupinu v rámci duchovního poradenství.
- e) Členové skupiny rozvíjejí respekt a takt vůči ostatním členům.
- f) Po účastnících není vyžadováno sebeodhalování, ticho je akceptováno. Facilitátoři předkládají otázky nikoliv odpovědi.

Skupina zohledňuje témata, která zdůraznil Frankl jako významná v rámci existenciální analýzy: smysl života, smrti, utrpení, práce a lásky. Skupina je strukturována do osmi tematických skupin, kde každá sebou nese jedinečnou sadu otázek (Somov, 2007):

- 1) **Význam bezsmyslnosti:** první skupina se víc než na existenciální otázky, které jsou prezentovány jen krátce pro vzbuzení zájmu a závazku, zaměřuje na utváření skupiny, sdílení pravidel skupiny, normalizaci a depatologizaci bezsmyslnosti. Pro navození zážitku sebetranscendence je nabídnuta vzpomínka na sledování hvězdného nebe nad daným člověkem.

- 2) **Význam utrpení:** Hlavní otázkou je zde, jaký smysl má bolest a utrpení? K čemu může být dobré? Skupina se zabývá strategiemi zvládání zaměřenými na řešení nebo na emoce a přístupem zaměřeným na smysl utrpení.
- 3) **Význam Já:** Zde se pozornost zaměřuje na otázku „Kdo jsem?“ před užíváním, během závislosti a během léčby. Mohou zde být zkoumány sebepojetí a sebedefinice coby fetišáka, závisláka, léčícího se fetišáka, a jejich dopad na sebeúctu a uzdravení. Další cesty vedou přes zkoumání rodinné historie nebo přes hierarchii hodnot. Přínosné bývá i uvědomění si rozdílu mezi reálným a ideálním já.
- 4) **Význam přítomnosti:** Tato skupina posiluje vědomí času a jeho běhu. Emocionálně se snaží probudit pocit ocenění přítomného okamžiku a skutečnosti, že jsem právě teď naživu.
- 5) **Smysl smrti:** Smysl života a smrti jsou úzce propojeny. Postoj k smrti ovlivňuje náš postoj k životu. Během této skupiny jsou pokládány otázky jako: „Co pro vás znamená smrt? V co věříte, že se stane po smrti? Kdyby život byl cesta, kam myslíte, že kráčíte?“ Otázka po smrti je také otázkou, zda nějaké Já pokračuje nebo ne. Zde se můžou členové skupiny podívat na braní drog jako na vratnou smrt, vratnou sebevraždu. Samozřejmě téma smrti a umírání s sebou přináší téma ztráty a truchlení.
- 6) **Smysl svobody:** Tato skupina zkoumá nejprve obecnou širokou otázku, co je svoboda, odpovědnost. Máme svobodnou volbu nebo je vše dáno. Postupně přechází k osobním významům. Dotýká se otázky, zda je závislost nemoc nebo zlozvyk a jakou míru odpovědnosti za to závislý nese.
- 7) **Smysl závislosti:** Co nám pití / užívání drog přináší? Téma směřuje k poznání závislosti jako problematické strategie zvládání problému, která je důsledkem pokusů s něčím se vyrovnat. Otevírají se otázky: „Jak pomáhá závislost, že se cítíme svobodní? Jak nám závislost pomáhá porozumět sám sobě, vyrovnat se s bezesmyslností, bolestí, utrpením? Jak nám závislost pomáhá cítit propojenost s lidmi, překročit všední každodennost a prázdnotu?“
- 8) **Smysl přechodu:** V této závěrečné skupině zkoumáme význam konců, ukončování a přechodu od jedné etapy k jiné. Zároveň probíhá závěrečné ohlédnutí a reflektování celého programu

Pavel Somov (2008) dále rozpracoval možnosti terapie závislostí z východisek existenciální analýzy a logoterapie v přístupu, který nazval Vědomí volby (Choice Awareness). Vědomí volby je podle něj existenciálně-zážitkový přístup k terapii závislostí a poruchám kompulsivního spektra. Integruje dohromady logoterapii a trénink všímavosti na platformě pozitivní psychologie především s důrazem na svobodnou vůli. Somov (2008) vidí závislost jako proces, kdy se na počátku vědomá volba pro apetetivní chování změnila ve zvyk.

Jádro Somova přístupu spočívá ve výkladu volby jako vědomí možností, což přináší pocit svobody (Mám na výběr. Nejsem nucen k jednomu řešení.), a zároveň jako akt výběru jedné z možností, což přináší skutečnost změny. Tento teoretický základ vyjádřil v rovnici změny (Somov, 2008):

$$\text{Změna} = \text{Svoboda ke změně} + \text{Důvod ke změně} + \text{Metoda změny}$$

Primární úlohu sehrává svoboda ke změně. Jedinec si nejprve musí uvědomit, že má svobodu si vybrat. Důvod ke změně představuje motivaci, která nejlépe slouží k predikci pokusu o změnu. Metoda změny zahrnuje různé dovednosti a nástroje (kontrola bažení, emoční seberegulace) a nejlépe predikuje úspěšnost udržení změny, ale jen pokud si jedinec uchová vědomí volby použít dovednosti, když je to třeba (Somov, 2008).

Výcvik ve Vědomí Volby si klade tři cíle (Somov, 2008):

- 1) **Rozvinout Strategické vědomí ke změně.** Terapie zde směřuje ke zvnitřnění skutečnosti, že jedinec má pokaždé na výběr, pokud se nenechá omezovat kognitivně-behaviorálními automatismy, zažitými vzorci chování a prožívání, omezujícími systémy přesvědčení a sebeschématy. Strategické vědomí s sebou nese také vědomí odpovědnosti za zisky i ztráty v důsledku své volby.
- 2) **Přerámovat vnímanou chronicitu závislosti a ztráty kontroly.** Klient zde odstupuje od dřívější neschopnosti změny, která byla založená na „slabé vůli“, na pojetí bezmocného nemocného, a postupuje k uvědomění si svých přirozeně lidských limitů svobody ke změně, které vznikají v důsledku bezmyšlenkovosti, jednání podle naučených reakcí na podněty, automatizovaném a schématickém fungování. Klient objeví možnost vypnout autopilota a schématické fungování pomocí tréninku vědomí volby.

- 3) **Rozvinout Taktické uvědomění ke změně.** Taktický pocit svobody vyvstává z vědomě vnímaných možností v každém daném okamžiku. Je to trénink vědomí možností tady a teď.

Strategické vědomí je rozvíjeno v rámci částečně didaktického a částečně Sokratovského dialogu kolem několika témat, která se snaží kultivovat vědomé svobody a základních lidských podmínek existence. Trénink taktického vědomí vychází z meditačního systému Georgije Ivanoviče Gurdžijeva (angl. Gurdjieff) a je zaměřeno na vědomí volby tady a teď (Somov, 2008).

Logoterapie a existenciální analýza pokrývá svým pojetím nejdůležitější spirituální obtíže, s kterými závislí v léčbě zápasí. Bezesmyslnost a vnitřní prázdnota, vina za svou minulost to všechno představuje pro lidi hledající cestu ze závislostí demony, jež je sužují zejména v okamžicích samoty. Dokud se účinně nevypořádají s těmito obtížemi, zůstává riziko relapsu a recidivy obrovské. Všichni lidé potřebují znát smysluplné směřování pro spokojený a naplněný život. Závislí o to víc, protože při okraji jejich životní cesty číhá přežívání na drogách, do kterého je tak snadné spadnout. Logoterapeutický přístup ke spiritualitě je zejména pro postkomunistické země přijatelný ve své nenáboženské povaze. Pomáhá směřovat člověka k sebetranscendenci a sebeodstupu, aniž by vyžadoval víru v nějakou vyšší bytost.

Focusing

Pod tímto slovem⁵, které se zpravidla do češtiny nepřekládá, můžeme v souvislosti se jménem Eugina Gendlina chápat dvě věci: dovednost a proces. Gendlin studoval psychologii a filosofii na univerzitě v Chicagu, kde se stal nejprve žákem a později spoluvýzkumníkem Carla Rogerse. V šedesátých letech si Gendlin s několika kolegy psychoterapeuty kladl otázky: “Proč se terapie nedaří častěji? Proč tak často vlastně nezmění lidský život? Co dělají pacienti a terapeuti v těch vzácných případech, kdy se terapie daří?” (Gendlin, 2003, s. 15). V následujícím výzkumu analyzovali Gendlin a další badatelé tisíce magnetofonových záznamů z terapeutických sezení a zjistili, že úspěšný klient, který dosahuje v terapii změny, se dá poměrně snadno odlišit od ostatních, ne podle toho, co hovoří (obsah), ale jak (proces) hovoří. Klíčovou se ukázala dovednost klienta komunikovat s vágními pocity ve svém těle. Díky focusingu coby dovednosti může člověk i mimo psychoterapeutické prostředí najít a změnit místo, kde se v životě zasekl, uvízl nebo zpomalil. Tato dovednost umožňuje změnit se, jít hlouběji pod svoje myšlenky a pocity (Gendlin, 2003).

Focusing jako proces vyjádřil Gendlin v didaktickém modelu šesti kroků, který vyvinul jako nástroj k rozvinutí focusingové dovednosti v lidech, kteří ji dosud neměli nebo jen minimálně využívali. Focusing je na tělo zaměřeným procesem sebeuvědomování (Weiser Cornell, 1996.), kdy dochází ke komunikaci pociťovaného smyslu (felt sens) se symboly (obraz, slovo). Tato komunikace je doprovázena změnou – pociťovaným posunem (felt shift).

„Pociťovaný smysl je celistvý, implicitní tělesný pocit komplexní situace.“ (Gendlin, 1996, s. 58). Jinými slovy je pociťovaný smysl preverbální nerozvinutý odraz situace, světa, objektu nebo osoby ve vnitřním světě. Pociťovaný smysl obvykle zakoušíme jako zprvu neurčitý, těžko zařaditelný pocit, v kterém můžeme cítit celou řadu situací, prvků, vztahy, vzpomínky, asociace, plány, myšlenky i obrazy. Součástí pociťovaného smyslu může být i emoce, jako jedna z fazet mnohostranného útvaru, stejně tak i tělesný pocit je jen jednou částí komplexu pociťovaného smyslu (Gendlin 1996; Weiser Cornell, 2008).

Uvědomění si pociťovaného smyslu zformuloval Gendlin pro nácvikové účely do následujících šesti kroků (Gendlin, 2003):

- 1) Vyčištění vnitřního prostoru
- 2) Uvědomění pociťovaného smyslu

⁵ V anglickém jazyce podstatné jméno „focus“ znamená ohnisko, což v kontextu Gendlinovy práce znamená ohnisko tělesného prožívání jinými slovy pocit v těle. Infinitiv „to focus“ pak znamená zaměřit se, zaostřit. Koncovka –ing odkazuje na průběhovou formu tohoto slovesa. Slovo „focusing“ tedy říká, že probíhá proces zaostřování, zaměřování se (na tělesné pocity).

- 3) Nalezení mentálního popisu (symbolu) k pociťovanému smyslu
- 4) Rezonování
- 5) Dotazování
- 6) Přijetí

Během tohoto postupu člověk dá stranou rušivé jevy (myšlenky, pocity apod.), zpřítomní si mentálně konkrétní situaci, problém, což v těle aktivuje příslušný pociťovaný smysl. Následně si ho jedinec všímá a hledá k pociťovanému smyslu vhodný hodící se symbol (slovo, obraz). Pokud dotyčný takový symbol našel (například slovo lepivý), přenáší pozornost mezi pociťovaným smyslem v těle a mentálním popisem (symbolem). Často během této fáze dochází ke změně pociťovaného smyslu a opakuje se hledání patřičného mentálního popisu. Během této fáze rezonování dochází k pociťovanému posunu, který bývá zakoušen jako prožitek otevření, úlevy, čerstvého vzduchu (Weiser Cornell, 2008).

Během fáze dotazování klade focusující otázky přímo pociťovanému smyslu to znamená, že je přítomen s pociťovaným smyslem, položí mu otázku (například Co je na tom nejhorší? Co to potřebuje?) a „naslouchá“ pociťové odpovědi. Odpovědi nejsou tedy myšlenkovým produktem, ale vynořují se jakoby z těla doprovázeny pociťovaným posunem (pocitem změny). Oproti tomu myšlenkové odpovědi bývají rychlé bez aha zážitku a pocitu úlevy. Komunikace přes tělesné pocity a pociťovaný smysl vyžaduje o něco více času, než myšlenkové operace. Gendlin v této souvislosti uvádí obvykle minutu jako čas, který si je třeba během focusování dopřát, aby se mohli odpovědi objevit (Gendlin, 2003).

V závěrečné fázi Gendlin klade důraz na přijetí všeho, co přišlo. Uvítání a ocenění udržuje bezpečný odstup od prožívaného, chrání před zaplavením. Zde je také třeba se rozhodnout, zda onen problém vyžaduje další kolo focusování a zda je pro něj teď prostor a pravý čas (Gendlin, 2003). Každé kolo focusingu představuje jeden krok k vyřešení, porozumění. Někdy to může být předposlední nebo poslední krok k rozuzlení, jindy je jich třeba udělat celou řadu.

Focusing a spiritualita

Focusing se dotýká spirituální dimenze způsobu uváděnými Emmonsem v jeho definici spirituality: objevováním smyslu, vztahovými postoji a zážitky, které směřují k jednotě, většímu celku, pocitu sebezpřesahu a nejvyššího lidského potenciálu (Emmons, 2003). Hledání a objevování smyslu je uskutečňováno v rámci procesu focusingu zaměřováním pozornosti k tělesnému prožívání, které nese pociťovaný smysl. K tomu, aby celý proces mohl plynule probíhat je třeba v první řadě otevřený, přijímající, respektující a naslouchající postoj vůči všem částem a pocitům včetně těch nepříjemných a dříve odmítaných. Nejvýrazněji to vyjádřila Ann Weiser Cornell (2005) pod názvem radikální přijetí všeho (Radical Acceptance of Everything), kdy překročila Gendlinův odsouvající postoj k některým jevům (myšlenky, vnitřní criticismus, okrajové části těla) k jejich přijetí do procesu focusingu. To, co bylo dříve pokládáno za rušivé prvky, vnímá jako další části pociťovaného smyslu (srovnej Gendlin, 2003. a Weiser Cornell, 2005). Ann Cornell se opírá v koncepci radikálního přijetí o tři základní východiska:

- A) Focusing považuje za strávení nějakého času s něčím, co zatím není jasné a obsahuje v sobě příliš mnoho, aby to mohlo být zpočátku dáno do slov. Z toho důvodu považuje za klíčovou schopnost pobývat se vším, co přichází, dovednost spočívat v přítomnosti. Přítomnost je pro ni stavem bytí, kdy můžeme být ve vztahu s čímkoliv, jakoukoliv naší částí, aniž bychom nějakou upřednostňovali.⁶
- B) Tělesný proces je víc než jen fyzické tělo, jak bývá úzce vymezeno.
- C) Tělesný proces je důvěryhodný. (Weiser Cornell, 2005; Weiser Cornell, 2008)

Důvěra v tělo, tělesný proces přichází z orgasmického principu, který přijala humanistická psychologie. V této souvislosti vnímáme focusing jako bránu k tělesné moudrosti. Tělo Gendlin chápe jako něco většího než jen „fyzický stroj“. „Vaše fyzicky prožívané tělo je ve skutečnosti součástí obrovského systému tohoto i jiných míst, tohoto i jiných okamžiků, vás samých, ale i jiných lidí - je vlastně součástí celého vesmíru. Pocit, že člověk tělesně žije v obrovském systému, je způsobem, jak tělo cítíme zevnitř.“ (Gendlin, 2003, s. 82.) Jako

⁶ Celkem rozlišuje tři stavy bytí – Přítomnost (Presence), Sloučenost (Merged) a Exil (Exiling). Ve stavu sloučenosti se ztotožňujeme s nějakou částí, s dílčím prožitkem (například vztekla část, jsem vzteklý), kdy přejímáme pohled této části na nás, naší zkušenosti a na svět kolem nás. Ve stavu Exilu naopak dochází k disociaci, oddělení nějaké části, kterou pak nevnímáme nebo ji neprožíváme jako svoji. Stavy Sloučenosti a Exilu jsou úzce propojeny. Když nějakou část oddělujeme od sebe stotožňujeme se s oddělující částí (Weiser Cornell, 2008).

ilustraci moudrosti těla uvádí Gendlin schopnost udržovat přibližně stejnou teplotu těla u všech lidí na celém světě a to v různých situacích (léto, zima, v leže, při cvičení).

Obdobně Ann Cornell uvádí schopnost těla poznat, kdy má dost fyzického cvičení, jídla apod. Tělo ví, co je dobré pro zdraví a co ne. Navíc má tělo oproti mysli výhodu, že žije tady a teď, kdežto mysl často přebývá v minulosti nebo budoucnosti. Změna však může nastat jen tady a teď (Weiser Cornell, 1996). Důvěra v tělo a jeho moudrost se tedy jeví jako víra v něco moudřejšího, než je vědomé reflektující Já.

Elfie Hinterkopf definuje spiritualitu jako: „osobně významný proces. Během tohoto procesu je jedinec schopen přijmout vícero aspektů sebe sama, ostatních a života. Duchovnost zahrnuje neurčité holistické pocity (pociťovaný smysl), které přinášejí nové explicitní významy. Duchovní zkušenost vede k sebepřesahujícímu procesu růstu, který posouvá jedince za dřívější referenční rámce směrem k širšímu rozsahu.“ (Hinterkopf, 2003)

Podle Elfie Hinterkopf může focusing pomoci lidem zpracovat jejich náboženské a spirituální záležitosti, prohloubit duchovní zkušenost a přinést nové životodárné spojení se spiritualitou. Lidé mohou prostřednictvím focusingu prozkoumat jemné, ale konkrétní tělesné pocity klíčové pro duchovní objevy a růst. Pro tyto účely navrhuje, aby se člověk při focusingu zaměřil ve fázi uvědomování pociťovaného smyslu na slovo, frázi nebo symbol, který je pro něho duchovně významný, a nechal tak vyvstat relevantní pociťovaný smysl. (Hinterkopf, 2003.)

Focusing a závislosti

Samotný proces focusování, jak ho Gendlin identifikoval a učí v rámci focusingu, svou podstatou pomáhá postupně napravovat deformace a patologie v prožívání, vědění a chování popsané v předcházející kapitole. Na úrovni prožívání se focusující učí více a více přijímat veškeré své prožívání na základě otevřeného, naslouchajícího a akceptujícího postoje vůči pociťovanému smyslu ve vlastním těle a rozvíjející se schopnosti být ve stavu Přítomnosti. Může zjistit, že pocity a emoce nejsou absolutní, nýbrž proměnlivé a zároveň smysluplné a ovlivnitelné nasloucháním a aktem přijetí. Focusing je procesem neustálého obracení pozornosti k tělu, prožitkům a jejich propojování s mentálními obsahy (obrazovými nebo sémantickými symboly), což je pravý opak závislého upínání pozornosti k droze a odmítání vnímat své problematické části.

Na úrovni vědění focusující prohlubuje svoji schopnost uvědomění a vzhledu do souvislostí svého prožívání, chování a vědění. Může se zlepšit jejich schopnost testování reality díky opakovanému (sebe)tázání po potřebách a smyslu vynořujících se pociťovaných smyslů. Hledání a nacházení smyslu ve vlastním tělesně zakotveném prožívání může zvrátit rezignaci na smysl, která často přichází s impulsivně obsedantním chováním a opakovanými pády z abstinence do recidivy. Nejčastěji to můžeme vidět v kontrastu mezi tím, že závislý často ví, co má a nemá dělat, ale jedná jinak.

Na úrovni chování nastává změna jednak v důsledku změn na úrovni prožívání a vědění, ale také díky samotnému uskutečňování procesu focusingu, kdy závislý přestává utíkat před sebou a svým vnitřním světem do drogových prožitků. Pobývá sám se sebou, snaží se přijímat, co přichází, a porozumět tomu na základě pociťovaného smyslu. Tyto kroky bývají naprostý opak jeho zaběhlých vzorců chování.

Podle Suzanne Noël focusing poskytuje šest základních faktorů, které jsou nutné k uzdravení ze závislosti (Noël, 2010).

- 1) **Naděje** – Pociťovaný posun (felt shift) dává zažít pocit směřování, pokroku, úlevy a jaké by to bylo bez utrpení závislosti.
- 2) **Podpůrné vztahy** – Závislý může zakoušet podpůrné vztahy v rámci setkání lidí využívajících focusing ke změně při zotavování ze závislosti (Recovery Focusing Changes Meetings) a přímo během procesu focusování, kdy je k dispozici partner doprovázející focusující osobu procesem focusingu. V neposlední řadě to je vnitřní podpůrný vztah s vlastním, postupně se odhalujícím žitím.

- 3) **Uschopnění** – Focusing umožňuje dostat se snadno ke své vnitřní moudrosti a důvěřovat jí. Pomáhá ukotvovat se ve vlastní autenticitě.
- 4) **Sociální inkluze** – S focusingem přichází začlenění do skupiny nebo alespoň dvojice, takže pomíjí izolace a osamělost. Závislý není na své utrpení a zmatky sám.
- 5) **Strategie vyrovnavání se** – Pobývání a sdílení toho, co je uvnitř, nahrazuje „vypouštění páry“ a užívání drog k změně pocitů. Na životní výzvy spíše odpovídáme, než jen bezmyšlenkovitě reagujeme.
- 6) **Nacházení smyslu** – Pociťovaný smysl nás přivádí k zážitku ukotvení ve smysluplnosti.

Noël využívá focusing, jak se učí na seminářích, ve dvojicích, kdy jeden aktivně fokusuje a druhý ho doprovází, aniž by plnil roli terapeuta, následně si pak role můžou vyměnit. Vztah ve focusingovém partnerství (focusing partnership) je rovnocenný. V této podobě existuje focusing mimo psychoterapeutickou oblast, jako nástroj sebeuzdravení a seberozvoje. V této formě ho také Suzanne Noël integrovala s dvanáctikrokovým přístupem k zvládání závislosti, kdy závislý postupně fokusuje na jednotlivé kroky nebo jednotlivé aspekty. Zážitkový přístup umožňuje hlubší prožití, nejen rozumové zpracování. Jde o prožitek, co znamená každý krok právě teď. Pociťovat, co se odhaluje v současném okamžiku. Během celého procesu fokusující objevuje to nejhorší ze závislosti a srovnává to s tím nejlepším z abstinence, aby tak díky srovnání a kontrastu, poznal volbu mezi bezmocí závislosti a životaschopností abstinence (Noël, 2010).

Jednotlivé kroky a hlavní možnosti popisuje Noël (2010) ve svém manuálu pro skupinovou praxi „Recovery Focusing Manual“. Například pro první krok navrhuje denní četbu z knihy meditací, uzemnění (grounding), přivedení pozornosti do těla. Pak následuje několikrát proces fokusování a sdílení prožitého se skupinou. V prvním kroku zaměřuje fokusování na pociťovaný smysl nějakého šťastného okamžiku z doby, kdy závislý byl bez drog. Dále si skupina zpřítomní znění prvního kroku:

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné. Následuje rozmyšlení nad bezmocí a ztrátou vlády nad svým životem, z kterého se formuje nějaký pociťovaný smysl. Následuje pak práce s tímto pociťovaným smyslem a jeho sdílení ve skupině. Stejně tak probíhá fokusování na pojmy jako abstinence, uzdravení, být čistý apod. Na závěr pak probíhá uvědomění, co může dotyční dělat jinak – zavolat svému sponzorovi, psát, modlit se, focusovat, jít na setkání nebo pracovat (Noël, 2010).

Jiný přístup k závislostem volí Ann Weiser Cornell se spolupracovnicí Barbarou McGavin. Problémové záležitosti, závislosti, prokrastinaci, sebekritiku, depresi a další vidí jako výsledek vzájemného reagování vnitřních částí. Tyto části představují opakující se, habituální reakční sekvence, které mají predikovatelné vzorce prožívání, myšlení a chování. Autorky je nazývají Dílčími-Já (Partial-Selves) a rozdělují je do tří hlavních skupin (Cornell – McGavin, 2008):

- 1) **Kontrolující Dílčí-Já** jsou téměř neustále napjaté a úzkostné. Očekávají, že vše se zvrtne, a proto se snaží kontrolovat všechny a všechno. Často si takové Já nadměrně všímá, co by si mohli ostatní pomyslet nebo říci. Kontrolující Já manipuluje, hádá se, zachraňuje, kritizuje, argumentuje a plánuje.
- 2) **Bránící Dílčí-Já** je vysoce reaktivní. Jedná automaticky, impulsivně, kompulzivně s jen malými nebo žádnými ohledy na následky. Člověk v zajetí Bránícího Dílčího-Já mívá často pocit, jakoby ho ovládala jakási nutící síla, nad kterou nemá kontrolu. Právě s tímto typem Dílčího-Já se spojují závislosti nejvíce.
- 3) **Oslabené Dílčí-Já** je často zakoušené jako zraněné, bezmocné, trpící, malé, truchlící a vzteklé. Osoba ztotožněná s Oslabeným Já se cítí velmi mladá, snadno zranitelná, bezcenná, křehká, odporná, snadno se rozpadne nebo je lehce zaplavitelná vzpomínkami a emocemi. Oslabené Dílčí-Já zoufale hledá obnovu životního směřování a bývá tažena zdrcujícím toužením po tom, co chybělo v původní situaci.

Bránící Dílčí-Já mocně a automaticky reaguje kdykoliv, když cítí, že je Já v ohrožení, Často za Já považuje Oslabené Dílčí-Já (zaměňuje celek za jeho malou část). Reakce Bránícího Dílčího-Já bývají natolik rychlé, že často ujdou pozornosti dotyčné osoby, a uvědomí si to, až když už proběhne obranná aktivita. Bránící Já disponuje celou řadou strategií, jak uklidnit, otupit, pojmout nebo odvést pozornost rozrušeného Oslabeného Já (Cornell – McGavin, 2008):

- Závislost na drogách, alkoholu, sexu, počítači, gambling, excesivní cvičení, nakupování, workoholismu
- Kompulsivní chování – krádeže v obchodech, nakupování, sebepoškozování a poruchy příjmu potravy (přejídání, hladovění...)
- Lehkomyslné jednání – neplacení účtů včas, bezohledná jízda
- Setrvalé odkládání úkolů (prokrastinace)
- Záletné chování
- Násilné chování

- Lhaní a handrkování
- Deprese
- Stažení se
- Sebevražedné myšlenky a jednání

Bránící Dílčí-Já se snaží udržet bezpečí a integritu Já, chlácholit Oslabené Já a vyřešit původní (traumatizující) situaci zároveň vyřešit i důsledky této situace. Bránící Dílčí-Já využívá čtyři základní strategie: být „hodný“, být „špatný“, útek a zhroucení. Bránící Já, které se snaží být hodné, vyhovět buď se snaží kompulzivně potěšit druhé (častěji u žen) nebo se obsesivně snaží dosáhnout cílů (v práci, škole, v posilovně, většinou muži) (Cornell – McGavin, 2008).

Strategii být „špatný“ si může vybrat ten, kdo došel k přesvědčení, že nemůže být přijatý, součástí skupiny nebo respektovat lidi v pozici autorit. Autonomie a integrita u něj může být upřednostněna před vším ostatním, což ústí v boj, rebelantství a v identitu „toho špatného“. Identifikace s rebelem bývá prožívána nejpříjemněji ze všech Bránících Já. Často to bývá právě rebelující část, která stojí za závislostí, prokrastinací a setrváváním v depresi (Cornell – McGavin, 2008).

Útek používá Bránící Já ke stažení se z diskomfortu a stresu, čímž nezřídka vytváří pocity prázdnoty, zmatku, otupění, ospalosti a zapomnění. Často využívá drogy a návykové chování ke stažení se z aktuálního prožívání (Cornell – McGavin, 2008).

Zhroucení je strategie poslední obrany. Osoba identifikující se s hroutícím se Bránícím Já se cítí zdrcená, poražená, neschopná jednat a myslet. Zakouší pocity viny, rozpaky, zahanbení, depresi, pochyby o sobě samém, beznaděj, neúčinnost, slabost. Kolabující Bránící část souhlasí s Kontrolujícím Já, které říká, jak je špatné neúčinné a podobně (Cornell – McGavin, 2008).

Závislost z pohledu Ann Cornell zahrnuje část, která chce dělat to, co dělá (brát), a zároveň i část, která se pokouší to zastavit, nedělat. Jako celek jsou vzájemně propletené a uzavřené v systému. Cesta ven vede skrze odstup od tohoto systému, neidentifikovat se s žádnou částí propletenosti a být Já, které dokáže celý systém držet, vnímat se zaujetím (Van Nuys, 2009).

Závislost vyjadřuje větou: Chci přestat s . . . , ale nedělám to. V praktickém postupu doporučuje Ann Cornell nejprve fokusovat na část, která nechce přestat (disociovaná část).

Celý proces může vypadat následně (Cornell, 2005; Cornell, 2008):

- 1) Přenesení pozornosti do těla (grounding, uvědomění si těla).

- 2) Pozvání disociované části do těla (pomocí slov nebo imaginace situace, které se zvaná část brání – např. abstinence).
- 3) Nechat vynořit se pociťovaný smysl.
- 4) Přivítání a uznání, toho co přišlo.
- 5) Uvědomit si, jaký druh kontaktu pocit chce.
- 6) Popsání pociťovaného smyslu.
- 7) Být s tím.
- 8) Prociťovat smysl.
- 9) Nechat vynořit symboly
- 10) Pendlování mezi symbolem a pociťovaným smyslem, přizpůsobování.
- 11) Vnitřní soucítění – podívat se na svět jeho očima.
- 12) Dát mu najevo, že je slyšen.
- 13) Hledání místa pro ukončení kontaktu
- 14) Vnímání, co se změnilo.
- 15) Dát najevo ochotu se vrátit.
- 16) Poděkování.
- 17) Přenesení pozornosti ven.

V praktické práci se závislými je třeba nejprve obnovit ochotu vnímat vlastní tělo a pocity. Zpravidla se u nich setkáváme s odpojeností od vlastního těla, kterou jeden z nich třiatvacetiletý muž výstižně popsal slovy: „jakoby moje tělo bylo mrtvé maso“. Cesta zpátky k sobě vyžaduje notnou dávku soucitu, trpělivosti a schopnosti přijímat vše, co přichází. Síla focusingového přístupu spočívá v kultivaci dovedností naslouchat, přijímat, být soucitný, dokázat se podívat na svět očima druhého, spočívat v jeho přítomnosti bez posuzování a především nalézat odpovědi a smysluplnost prostřednictvím svého těla. Díky těmto dovednostem může člověk najít nejen cestu ze závislosti a bezsmyslnosti prázdného života, ale také plněji prožívat svůj spirituální rozměr.

Procesově orientovaná práce

Procesově orientovaná práce vznikla díky Arnoldu Mindellovi, Američanu, který přišel v šedesátých letech 20. století do Švýcarska, aby zde pokračoval v postgraduálním studiu teoretické fyziky na Švýcarském federálním polytechnickém institutu. Zde se díky problematickým snům potkal se svojí terapeutkou Marií Louise von Franze, spolupracovnicí Carla Gustava Junga a přední představitelkou analytické psychologie. Jungiánský přístup ho natolik oslovil, že se postupem času sám stal jungiánským analytikem. Procesově orientovaná psychologie, jak svůj přístup zprvu nazýval, vyplynul z Mindellova zájmu o spojení mezi somatickými symptomy a sny. Na základě osobní zkušenosti a poznatků z pozice jungiánského terapeuta pak vytvořil koncept snového těla, který vyjadřuje vzájemnou spjatost tělesných symptomů se sny. Svou první knihu o novém přístupu uveřejnil 1982 a od té doby neúnavně rozpracovává procesově orientovaný přístup (Diamond – Spark Jones, 2004).

Mezi základní koncepty procesově orientované práce patří proces a jeho rozdělení na primární a sekundární, smyslově zakotvené kanály, mapa reality, ale především pokračování v Jungově teleologickém přístupu k jevům. Procesově orientovaná práce (POP) přistupuje k obtížím, symptomům, konfliktům a synchronicitám, jako potenciálně smysluplným, kdy apriorně přistupuje k obvykle negativně interpretovaným záležitostem jako k pokusu o uskutečnění něčeho cenného, smysluplného. Při řešení zdravotních, vztahových či jiných problémů podporuje klienta v hledání smyslu, který se ukrývá přímo v samotném problému. Procesově orientovaný terapeut věří, že problém sám v sobě ukrývá klíč k svému vyřešení.

Jednou z hlavních cest ke smyslu řešeného problému představují smyslově zakotvené kanály. Zjednodušeně můžeme říci, že se jedná o uvědomění, jak vypadá problém z pohledu jednotlivých smyslů. POP rozlišuje několik základních (smyslových) a složených kanálů (Diamond – Spark Jones, 2004):

- 1) **Vizuální kanál** zahrnuje obrazy, fantasie, zrakové kvality (barva, textura, světlo a stíny)
- 2) **Auditivní kanál** zahrnuje vnitřní i vnější zvuky, paralingvistické jevy, hudbu, hluk.
- 3) **Proprioceptivní kanál** zahrnuje tělesné pocity, (např. horka, váhy, tíhy), někdy sem bývají řazeny i vjemy chuťové a čichové, jindy bývají vyčleněny jako samostatné kanály.
- 4) **Kinestetický (pohybový) kanál** zahrnuje pohyby jednotlivých částí těla i celého těla, vrtění, pohyby rukou a podobně.

Složené kanály jsou v zásadě rozložitelné na čtyři základní kanály, ale je přínosné je vnímat je jako samostatné celky:

- 5) **Vztahový kanál** zahrnuje zážitky a události, které se objevují ve vztazích (například konflikty).
- 6) **Světový kanál** zahrnuje svět jako zdroj informací, kolektivní zážitky, společenské a politické události, instituce, jejichž vliv na jedince pocitově dopadá.

Kanály slouží jako cesta, po které k nám přicházejí jednotlivé kousky informací – signálů.

Signály mají tendenci setrvávat ve vnímání, opakovat se, jsou pojmenovatelné a dualistické (například jemné mravenčení v ruce je signálem v propioceptivním kanále). Signály přinášejí informace o tom, co se děje, jaký je aktuální proces. Signály je třeba nejprve zaznamenat, uvědomit si je, jejich kvalitu, popsat, prozkoumat je a následně se snažíme doplnit celkový obraz o další informace (signály) i z ostatních kanálů. V našem příkladě s mravenčením, bychom pátrali po tom, jaký pohyb, zvuk, obraz by se k tomu hodil. Pro získání celistvého a přesnějšího obrazu můžeme využít zesilování jednotlivého signálu (například zesílením pocitu mravenčení nebo jeho rozšířením do těla) a přenášení pozornosti mezi jednotlivými kanály (přepínání kanálů). Vyjasnění signálů a jejich propojení v rámci vícero kanálů často přináší poznání, prožitek, o co v dané situaci jde.

Díky práci se signály můžeme odhalit konkrétní část procesu. Pod pojmem proces chápe Mindell a jeho následovníci nepřetržitý tok zážitků v člověku samém a v jeho okolí, neustálou změnu, jak ji vnímá pozorovatel (Mindell, 1985; Amy Mindell, 2002; Diamond – Spark Jones, 2004). Proces směřuje k svému rozvinutí, realizaci svého potenciálu a bohatosti. Usiluje o odstranění jednostrannosti. V mnohém připomíná Rogersovu universální aktualizací tendenci a sebeaktualizační tendenci organismu (Šiffelová, 2010).

V rámci procesu jedince, skupiny i celé společnosti dochází k diferenciaci na primární a sekundární proces. Primární proces je vázán na identitu jedince nebo skupiny. Náleží sem vše, co je blízké identitě, co dotyčný považuje za sebe a své. Sekundární proces se týká všeho, co je vzdálené identitě jedince nebo skupiny, co dotyčný nepovažuje za sebe a své, ale zároveň se u něj vyskytuje. Procesová práce se soustřeďuje především na práci se sekundárním procesem, s tím, co je odsouváno, odmítáno, popíráno nebo disociováno. Z pohledu procesové práce je to právě sekundární proces, kdo stojí za symptomy, vztahovými a společenskými problémy. Úkol procesové práce spočívá v rozpoznání procesu a nalezení smyslu sekundárního procesu a jeho integraci do primárního procesu (identity).

Rozdělení procesu na primární a sekundární podle blízkosti k identitě je užitečným nástrojem i v případě práce se skupinami nebo celou společností. I zde jsou jevy, se kterými se skupina ztotožňuje a s některými ne. Mindell využil Jungův koncept stínu, jako personifikaci temných, odmítaných částí jedince a aplikoval ho na společnost i velká společenství pod pojmem stín města. Tento stín v sobě nese vše, co společnost odmítá – bláznění, změněné stavy vědomí, lenost, beznaděj, vražedný vztek. Lidé na okraji společnosti jsou pak obsazeni do role nositelů sekundárního procesu společnosti, stínu města, kdy žijí za celou společnost a pro ni to odmítané v podobě duševních poruchy, závislostí, kriminality, násilí (Mindell, 1988).

K těmto původním konceptům rozvinul Arnold Mindell postupně další, které vycházejí především z kvantové fyziky a popisu funkce kvantové vlny. Staré i nové koncepty zasadil do širšího kontextu tří úrovní reality (Amy Mindell, 2002):

- 1) **Konsenzuální svět** představuje každodenní realitu, na jejímž vnímání se lidé shodnou. Je to „objektivně“ vnímaný svět, vše, co může být pojmenováno a na čem se lidé shodnou.
- 2) **Země snů (Dreamland)** představuje sny, vnitřní obrazy, fantazie, subjektivní zkušenosti jako pocity, emoce, vnitřní zážitky, role (slušňák, černá ovce, vůdce). Svět je na této úrovni dualistický, subjektivní, nekonsenzuální (lidé se neshodnou na těchto fenoménech).
- 3) **Úroveň Esence** představuje úroveň jemných tendencí, které se odehrávají předtím, než mohou být verbalizované, například tendence k pohybu dřív než se člověk pohne. Je to úroveň velice jemných nepojmenovatelných zážitků, které nejsou vázány na čas a prostor a berou nás hluboko k věčným nebo kosmickým aspektům nás samých. Tato úroveň může být zažita v hluboké meditaci, v extázi, zážitcích blízkých smrti a někdy i pod vlivem drog. Esence je nedualistická úroveň, odkud se začíná proces odvíjet.

Procesově orientovaná práce a spiritualita

Spiritualita se objevuje v procesové práci několikerým způsobem. V první řadě pochází z duchovních tradic celého světa, které inspirovali tvůrce procesově orientovaného přístupu Arnolda Mindella, který je studuje, respektuje a oceňuje stejně jako západní vědu. Mindell tak pokračuje v jungiánském přístupu k čerpání z moudrosti tradic přírodních národů, šamanismu, buddhismu a taoismu. Výše uvedený koncept mapy reality je mimo jiné inspirován Sněním australských Aboriginů, podle kterých nejprve existuje Snění, jež dává vzniknout realitě (Mindell, 2001).

Pojetí procesu bývá často v procesové práci popisováno pomocí filosofie čínských taoistů, kdy je třeba plynule následovat Tao (přirozenost), aby člověk dosáhl šťastného a dlouhého života (Diamond – Spark Jones, 2004).⁷ Následování toho, co se děje (procesu), je ústředním principem procesově orientované práce, na který nasedá přístup ke všemu jako k potenciálně smysluplnému a potřebnému. Smysl tělesných symptomů, snů, vztahových a společenských problémů je odhalován pomocí uvědomění si skrze kanály, smysly a složením jednotlivých kousků informací do jednotného obrazu. Smysl je v procesově orientovaném přístupu nalézán skrze osobní smyslovou zkušenost, což jsou další dveře otevřené do spirituální dimenze člověka.

Dalším zdrojem spirituality v procesově orientované práci je kvantová fyzika. Mindell vnáší fyzikální koncepty (teorie polí, kvantová vlna) do psychologie, terapie a práce se skupinami. Ústřední roli zde sehraává funkce kvantové vlny, která představuje základní vzorec za hmotou, popsatečný matematicky, ale neuchopitelný přímo (Amy Mindell, 2002). Pro fyziky je za vším hmotným kvantová vlna, která vše spojuje nezávisle na čase a prostoru, pro původní obyvatele Austrálie to je Snění, pro křesťany Bůh, pro muslimy Alláh, inteligence stojící za tím vším (Mindell, 2001). Ve své nejnovější knize Procesová mysl: Uživatelská příručka ke spojení s myslí Boha se opírá o Einsteinův výrok: „Rád bych poznal myšlenky Boha . . . zbytek jsou jen detaily.“ (Mindell, 2010). Poznáváním procesů od nejhlubší úrovně (Esence) až po konsensuální úroveň, poznává člověk myšlenky Boha, jeho mysl.

Posledním zdrojem spirituality v procesově orientovaném přístupu jsou pocity a postoje jako soucit, přijímání, všímavost, oceňování rozmanitosti, vnímání celku, tvořivost,

⁷ Srovnej Lao'covo pojetí Taa a mapu reality: Tao, které se dá popsat slovy, není stálé Tao/ jméno, které se dá jmenovat, není věčné jméno/ bezejmenné je počátkem všeho/ pojmenovatelné je matkou tisíce věcí/ proto prázdný a bez přání vidí počáteční jemnost/ ale naplněný vidí povstávající úplnost/ to obojí má společný původ, ale různé jméno./ dohromady je nazýváme tajemstvím/ hlubším než hlubina sama/ branou k počátku. (Překlad Václava Cílka, 2005).

odstup. Tyto fenomény jsou nazývány metadovednostmi. Představují cosi důležitého, co stojí za jednotlivými technikami, dovednostmi. Díky metadovednostem se terapie může posunout z úrovně řemesla na úroveň spirituálního umění, protože mají sílu spojit jednotlivosti ve větší celek, navázat vztahy a podpořit v realizaci vnitřního potenciálu jedince i společnosti (Amy Mindell, 2009).

Procesově orientovaná práce a závislost

Procesově orientovaná práce se zaměřuje především na aspekt změny vědomí, která nastává při požití některých potravin (například cukru, čokolády a podobně) nebo látek (alkohol, heroin, pervitin, nikotin . . .). Tendence k závislosti je přirozenou součástí života, kdy se zpravidla popřená nebo odmítaná část člověka snaží být integrovaná, vyslyšená a realizovaná v životě jedince. „Závislost je částečně prožitý zážitek. To znamená, že jsme něco zažili, ale neprožili jsme to vědomě, plně a nevyužili jsme tuto zkušenost k tomu, k čemu byla určena.“(Mindell, 1990). Podle procesově orientované teorie se opomíjený nebo odmítaný proces opakuje, zesiluje, což v každodenním životě přináší zhoršení symptomů, zvýraznění závislosti nebo neustálé opakování situací (nehody, role chronické oběti).

Změna vědomí přináší sebou také změnu vnímání sebe samých, své identity. Podle identity a tedy primárního a sekundárního procesu Arnold Mindell (2007) také rozlišuje primární a sekundární závislost. Primární závislost a její stavy změněného vědomí podporují každodenní identitu dotyčného. Jinými slovy díky této závislosti/ závislostní tendenci se dotyčný stává více sám sebou. Sekundární závislost je spojená s „ne-já“, částmi a aspekty sebe samých, se kterými se neidentifikujeme, i když je máme a žijeme je (Mindell, 2007). Jako příklad může sloužit „závislost“ na kávě, kdy pití kávy podporuje jedince v jeho sebepojetí jako výkonného, bdělého, zakotveného v konsenzuální realitě, protože díky rannímu hrnku kávy je schopný být ráno v práci bdělý a vykonávat svoji činnost. Sekundární závislostí tohoto člověka může být alkoholismus, který u něj navozuje stavy relaxace, vypnutí, zpomalení, tedy tu část, se kterou se běžně neidentifikuje.

Mindell tvrdí, že člověk má vždy dvě závislosti/ závislostní tendence, přičemž nebezpečnější bývá závislost spojená se sekundárním procesem, disociovanými nebo odmítanými částmi sebe sama. Vyšší rizikovost sekundární závislosti spočívá v nepoznané, neuvědomované, potlačené nebo jinak disociované povaze těchto částí, které se snaží seberealizovat v rámci psyché nositele, upoutat jeho vědomou pozornost. Pokud jim není věnována pozornost, zpravidla se projevy těchto sekundární částí zesilují – závislost se zesílí, fyzické symptomy se zhorší. Snaha těchto částí o vědomou integraci do celku může ohrožovat život jedince, existenci celku. Z hlediska vnitřní dynamiky se jedna část snaží zabít tu druhou. Z hlediska celku je závislost sebevražedný proces. Je zde zabíjena jednostrannost jedince (společnosti). Případnou smrtí je vynucena změna, protože smrt může být vnímána jako nejzazší změna, nejdramatičtější transformace v životě jedince i společnosti (Mindell, 1990).

Jako příklad mohu uvést případ šestadvacetiletého muže, který po období intenzivního užívání téměř rok a půl bere přibližně s frekvencí jednou za dva měsíce. Během této doby se v něm obvykle nahromadí pocity vzteku, hněvu s agresí vůči okolí. Nepřijetí vlastní agresivity a malé kontroly nad ní ho vede k aplikaci pervitinu a několikahodinovému sexuálnímu sebeuspokojování nad pornografií. Účinky pervitinu mu pomáhaly udržet obraz „pohodového borce“ (primární identita), který vše zvládá (včetně sebe), a „zabíjela“ agresivní část. V jiných případech se (sebe)vražedná tendence závislostí odráží ve způsobech užívání, kdy závislý bere větší dávky, než potřebuje. Je si vědom ničujících důsledků, ale nemůže si pomoci.

Proces závislosti se z pohledu procesově orientované psychologie odehrává na třech úrovních – komunitní, rodinné a individuální. Na všech třech úrovních se uplatňují stejné principy: tendence celku posunout se dál, rozvinout se směrem k bohatšímu, kvalitnějšímu stavu tím, že se nevědomě pokouší o prožití a integraci dosud odmítaných částí. Prostředkem jsou změněné stavy vědomí. Na komunitní a rodinné (rodové) úrovni závislý nese odmítanou, disociovanou část procesu celku. Je obsazen do role „černé ovce“. Z toho důvodu mnohdy nestačí v rámci terapie závislostí pracovat na individuální úrovni.

Na celospolečenské úrovni a pro velké i malé skupiny vyvinul Arnold Mindell postupy facilitace skupinových procesů tzv. worldwork. Hlavní princip procesově orientované facilitace Hluboká demokracie (Deep democracy) říká, že všichni lidé, části, pocity jsou důležité. Je potřeba, aby všechny části celku byly zastoupeny a slyšeny. Hluboká demokracie vítá a oceňuje všechny části a zdůrazňuje význam uvědomování si pocitů a atmosféry v právě probíhajících interakcích skupiny nebo instituce (Mindell, 2002). Worldwork se zaměřuje na zacházení s mocí, privilegií a postavením. Využívá sny, drby, projekty, signály jednotlivců jako zdroj důležitých informací pro skupinu, společnost. Pracuje s předpokladem, že skupina sama se snaží někam dále posunout vyvinout, což se odhaluje především v konfliktech. Pojmenovává a nechává promlouvat jednotlivé role, kterými se aktuální skupinový, společenský proces děje (například role kritika společenských poměrů, rebela a podobně) (Karia – Študentová, 2011).

Přístup Worldworku byl například uplatněn při otevřeném fóru v Curychu. Náměstí Stadelhoferplatz bylo dlouhodobě místem střetů a stížností mezi místními obchodníky a skupinkami lidí z okraje společnosti (bezdomovci, pankáči, toxikomani). Nasazení policie se neosvědčilo. Pokuty neplatili a ani neměli majetek, který by se jim dal zabavit. Vykázání z místa nemělo také dlouhého trvání, protože se bezdomovci a závislí záhy opět vraceli zpět na náměstí. Nakonec zástupci z městského SIPu (zvláštní pohotovostní skupina sociálního

oddělení města Curych) Lukas Hohler a Max Schupbach uspořádali otevřené fórum podle principů Worldworku, kam se dostavili zástupci všech stran (obchodníci, policie, státní správa, závislí a bezdomovci). Zpočátku všichni zastávali negativní postoj k fóru, protože jim chyběla naděje, že bude jejich těžkosti a názory vyslyšeny. Když si vyzkoušeli, že zástupci města jsou v roli stařešiny, který naslouchá všem zúčastněným, začali nacházet kromě konfliktních témat (močení v parku, hluk, napadání závislých) i spojující témata (obtíže získat dost peněz, neustálá kritika, pořádek). Na začátku také vázl dialog ze strachu, že jeden druhého přemůže nebo zmanipuluje. Poté, co si obě strany uvědomili, že dokážou druhé straně ztížit nebo znemožnit život, uvědomili si svou moc a sílu, díky níž se pak odvážili vstoupit do dialogu. Společná témata, otevřené vyjádření svých pocitů a ochota vystoupit na obranu toho druhého vyústila ve změnu atmosféry a vzniku pocitu místní komunity. Na základě komunitní sounáležitosti pak probíhala pravidelná diskuzní kola a vytvořil se nový model městského soužití (Schupbach, 2007).

Na rodinné úrovni lze rovněž uplatnit princip Hluboké demokracie a předpoklad, že se v rodině snaží něco uskutečnit. Gery Reiss upozorňuje na pocity nejistoty v rodině, když se pracuje na jádru problému závislosti zejména, když jsou ve hře pocity zahanbení, studu a bolesti. Podle něj je třeba podpořit především proces skrytý za závislostí. Závislosti se v rodině často objevují kolem míst, kde rodina ve svém vývoji uvízla. Rodinný terapeut má za úkol přenést do popředí atmosféru, která stojí v pozadí závislosti, a pomoci se s ní vypořádat takovým způsobem, který nezahrnuje hanbu a nezničí základní integritu rodiny. Paralelně je však třeba podpořit ukončení užívání návykových látek (Reiss, 2004). I na této úrovni je třeba hodně pracovat s rolemi, které jsou součástí procesu dané rodiny.

Na individuální úrovni přichází procesově orientovaná práce především s technikou opětovného vstoupení do (drogového) stavu (reaccessing). Znovu navození změněného stavu v přítomnosti terapeuta umožňuje vědomé odhalování disociovaných částí jedince, které usilují o svou integraci. Nejjednodušší způsob spočívá v dotazování, co klient zažívá, když je pod vlivem drog, co se děje v jeho těle a jak drogu bere. Je třeba si všímat detailů, protože často se ukazuje, že není podstatný stav na drogách, ale jak ho bylo dosaženo (Van Velter, 1987). Nejčastěji se jedná o „závislost na jehle.“ Jen nitrožilní aplikace uživatele dostatečně uspokojuje. Riziko této techniky tkví v možnosti zvýšení chuti užívat drogu, proto ji Mindell doporučuje používat u lidí se slabší závislostí nebo s dostatečně dlouhou dobou abstinence (Mindell, 2007). Hauser (2004) u této techniky navíc oceňuje to, že v okamžiku, kdy se klient naučí dosáhnout žádoucího stavu bez drogy, roste pocit vlastní účinnosti (self-efficacy), přístupu k zdrojům a optimismus. Klient pak vnímá život jako smysluplný, protože vnitřní

zkušenost mu odhaluje účel a smysl. V rámci pilotního výzkumu Hauser zkoumal, jaký vliv má jediná intervence znovuvstoupení do stavu u 13 závislých na heroinu. Zjistil větší zapojení do terapeutického procesu a signifikantně vyšší nárůst sebeuvědomění. Oba tyto jevy jsou spojeny s lepším zdravím a úspěšnými výsledky v terapii (Hauser, 2004).

Výše uvedená technika také není magickou formulí, která by dokázala odčarovat závislost. Hlavním principem v terapii závislostí zůstává podle Mindella následování procesu klienta (Mindell, 1990). Sledování signálů, které se objevují, a postupné odhalování jevů, které aktuálně poutají nejvíce energie a pozornosti.

Psychedelická terapie

V případě psychedelické terapie se nejedná o jedinou školu, ale spíše o myšlenkový a experimentální proud, který staví na účincích halucinogéních látek na lidskou psychiku a chování. V terapii závislostí včetně alkoholismu můžeme z jistého úhlu pohledu mluvit o tom, že příčina problémů plynoucích z užívání psychoaktivních látek se může stát zároveň zdrojem jejich řešení. Pokud uplatníme sebemedikační hypotézu, pak můžeme konstatovat, že psychedelická terapie nahrazuje škodlivou sebemedikaci vhodnou „medikací“, díky níž může dojít k nápravě.

Ačkoliv přírodní halucinogeny sehrávají významnou roli v životě přírodních národů několik tisíc let, možný terapeutický přínos halucinogenů začal být zkoumán v západní civilizaci až po objevu psychedelických účinků syntetické látky diethylamidu kyseliny lysergové (LSD-25) roku 1942 Albertem Hofmannem v laboratořích farmaceutické firmy Sandoz v Basileji. Následovala celá řada zajímavých a pro psychiatrii slibných výzkumů, které nakonec zastavil celosvětový zákaz a represe psychedelik. Legislativní represe byla administrativní a politickou odpovědí na harvardský skandál Timothy Learyho, špatně designované výzkumy (chybějící set a seting) i masové rozšíření mezi mladou generací, které vedlo k zneužívání LSD (Grof, 2005). V současné době probíhá výzkum a především terapie sporadicky, pololegálně a někdy i nelegálně, případně s látkami, které se zatím ještě neocitli na seznamu nelegálních drog, ale nemají pozhlednutí autorit a úřadů regulujících segment zdravotnictví. Další z odpovědí na tento zákaz bylo rozvinutí nefarmakologických způsobů dosahování změněných stavů vědomí, které jsou považovány za hlavní léčivý agens v psychedelické terapii. Později se budeme věnovat asi nejznámější technice nahrazující psychedelika – holotropnímu dýchání.

Označení této skupiny látek jako halucinogenů zavedli roku 1954 Osmond, Smythies a Hoff. Do té doby se užívala celá řada různých názvů: delirogeny, psychotomimetika, psychodysleptika, fantastika, psychedelika a jiné (Mioviský, 2003). Pojem halucinogen v sobě nese snižující, dehonestující postoj, protože vlastní slovo halucinogen znamená to, co vyvolává halucinace – cosi klamného, chybného. Oproti tomu upřednostňuje Martin Ball (2009) pojem entheogen. Tento pojem lze překládat jako „zrození vnitřního boha“ a odkazuje k stavům rozšířeného a oživeného vnímání, myšlenkových pochodů a duchovní citlivosti. S pojmem entheogen nesouhlasí Matzner (1989), který namítá, že zrození vnitřního boha evokuje představu vyšší bytosti, která vzniká v důsledku změněných stavů vědomí po požití

drogy. Vychází ze své osobní zkušenosti, když říká, že je tomu naopak. Bůh v nás je oním zdrojem životní energie, probuzení a uzdravení (Matzner, 1989). V této práci se budu držet jednak v současné psychiatrii zavedeného pojmu halucinogeny, ale také pojmu psychedelika, který lze překládat jako „odhalující duši“ (Ball, 2009).

Hlavní účinek halucinogenů spočívá v ovlivnění serotonergního neurotransmiterového systému, ale vliv má i na další neuronální systémy (dopaminergní, noradrenergní, histaminergní, cholinergní). Fenomenologicky dochází ke změně vnímání v závislosti na užití látky, dávce a psychickém stavu jedince od zostření vnímání až po vizuální a sluchové halucinace, synestézii. Zpravidla dochází k deformaci vnímání času a prostoru, změně způsobů myšlení na více iracionální a k urychlení toku myšlenek. Zážitky mohou být příjemné euforické i výrazně nepříjemné s pocity úzkosti, paniky, paranoi, stavů derealizace a depersonalizace (tzv. „bad trip“). V případě negativních stavů se mohou ještě dlouho po intoxikaci objevovat opětovné záblesky těchto zážitků (tzv. flashbacky) (Mimo sakrální, výzkumný a terapeutický způsob bývají halucinogeny zneužívány pouze jako doplňková droga zejména ve stádiu experimentování či jako součást „taneční“ kultury na diskotékách, technoparties a podobně. Halucinogeny zpravidla nevyvolávají psychickou ani somatickou závislost, ale jejich hlavní riziko tví jednak v možnosti nastartovat psychotické onemocnění a toxicitě, která může vést ke smrti. U LSD a psylocibinu z hub rodu lysohlávky je fatální dávka poměrně malá (Minařík, 2008.).

Obecně lze rozdělit halucinogeny do tří skupin (Miovský, 2003; Minařík, 2008):

- 1) **přírodní halucinogeny rostlinného původu** – mezkalin (kaktus peyotl, *Lophophora williamsi*), psilocybin (houby rodu lysohlávka), ayahuasca (liána), ibogain (především keř iboga)
- 2) **přírodní halucinogeny živočišného původu** – bufotenin (zejména ropucha kolorádská)
- 3) **semisyntetické a syntetické** – LSD-25, PCP, ketamin

Použití psychedelik v terapii s sebou přineslo dvě techniky, kterým se dostalo vícero pozornosti – psycholytická a psychedelická terapie. S pojmem psycholytická terapie přišel Ronald A. Sandison. Odvozeno od řeckého lysis – rozpouštění – odkazuje slovo psycholysis na proces uvolňování napětí v psychice, uvolňování a řešení konfliktů. Tato terapie představuje modifikaci a pokračování freudovské psychoanalýzy. Postupně jsou zkoumány hlubší a hlubší oblasti psyché. Během sezení, kdy bývá terapeut přítomen během vrcholícího účinku LSD, i v mezidobí (týdenní až dvoutýdenní intervaly) jsou uplatňovány základní

Freudovy terapeutické zásady během 15 – 100 sezení se středně velkými dávkami LSD (Grof, 1992).

Psycholytický postup byl uplatňován především u neuróz, psychosomatických onemocnění, poruchách emocí a osobnosti. Přednost tohoto přístupu spočívá v pomalém postupném odkrývání, které umožňuje důkladné poznání své psyché a zvědomění její dynamiky, což může být přitažlivé nejen pro terapeutu, ale i pro vědecky, umělecky nebo filosoficky založené pacienty. Psycholytický přístup je také srozumitelnější a přijatelnější pro konzervativněji založené psychiatrii. Nevýhody spočívají v delším trvání terapeutického procesu (oproti psychedelické terapii), závislosti a limitech psychoanalýzy, která není s to uchopit celou řadu zážitku ze sezení s LSD. Malé a střední dávky LSD uvolňují latentní materiál postupně. Nechává pacientovi větší kontrolu, což může vyústit v pacientovo vyhýbání se vynořujícím materiálu s následným prožitkem „bad tripu.“ Další možnou nevýhodu spatřuje Grof (1980; Grof, 1992) ve výrazném zesílení přenosových jevů.

Psychedelická terapie doslovně znamená „odhalující psyché“. Hlavním cílem pro psychedelického terapeuta je vytvoření optimálních podmínek pro pacienta, aby mohl zakusit transcendentální zážitky s transformativním potenciálem. Obvykle se jedná o prožitek smrti ega a znovuzrození, následováno pocitem jednoty s vesmírem a podobně. Proces podporuje speciální příprava, vyšší dávky psychedelik, zastínění očí, stereofonní hudba, důraz na spiritualitu, přírodní krásu a umění v rámci přípravy klienta i místa konání. Mluvení se během sezení nedoporučuje, aby nerušilo emoční a psychosomatické pohroužení do prožitku. Pacient je povzbuzován poddat se hlubší dynamice své psychiky (Grof, 1992).

Aplikace „jediné zaplavující dávky“ patří k typickým postupům psychedelické terapie, který se osvědčil především u alkoholiků, toxikomanů, depresivních osob a lidí umírajících na rakovinu. Pro poruchy vyžadující spíše systematickou delší práci například, neurózy, psychosomatické poruchy není psychedelický přístup nejvhodnější. Přednosti psychedelické terapie spočívají díky vysokým dávkám v intenzivnějším, rychlejším a hlubším procesu, spontánního plynutí zážitku, který umožňuje snadnější pozitivní průlom přinášející dramatické změny. Menší počet sezení také znamená menší vystavení intoxikaci LSD a případným negativním dopadům. Pacient se v psychedelickém přístupu nemusí explicitně konfrontovat s hlavními oblastmi těžkostí, a přesto může dosáhnout významné změny. Nevýhody spočívají v opomíjení biografického materiálu a přílišném očekávání na jeden transformující zážitek, který zpravidla náleží do oblasti vrcholových zážitků. Pokud psychedelická terapie proběhne pouze v jednom sezení, nelze zajistit, aby takový zážitek

nastal. Nicméně i ostatní zážitky mají svůj přínos pro daného pacienta (Grof, 1980; Grof, 1992).

Timothy Leary na počátku 60. let 20. století poprvé formuloval hypotézu setu a settingu (nastavení a prostředí), kterou přijala většina pracovníků na poli psychedelického výzkumu a terapie. Vychází ze zkušeností, že prožitky a kvalitu psychedelického sezení výrazně ovlivňují proměnné na straně klienta (set zahrnující: záměr, postoj, osobnost a náladu) a na straně terapeutického / výzkumného prostředí (setting zahrnující: interpersonální, sociální a faktické prostředí terapie). Droga pak sehrává úlohu spouštěče, katalyzátoru či zesilovače (Metzner, 1989).

Nároky na fyzické prostředí psychedelické terapie zahrnují dva aspekty a) bezpečí b) podněty k prožívání. Osvědčil se domácí vzhled před sterilním nemocničním, který vzbuzoval úzkost, pocity sledování, pronásledování a medicínského zkoumání. Domácí vzhled by měl zároveň zohledňovat bezpečí. V místnosti by neměl být nábytek s ostrými rohy, rozbitné předměty. Okna by měla být zajištěna proti vyskočení pacienta pod vlivem obluženého stavu. Z místnosti by měli být eliminovány telefony a jiná zařízení, která by mohla zvukově či jinak ineterferovat s psychdelickým procesem. Všeobecně je třeba vyloučit vyrušení vnějšími podněty či osobami zejména v závěrečné fázi sezení, kdy bývá pacient vnímavější k okolí. V blízkosti by se měla rovněž nacházet koupelna s toaletou. Prostor by měl být esteticky příjemný, zohledňující přírodní motivy nebo zasazen v přírodním prostředí. Významnou součástí sezení bývá hudba, která vyžaduje dostatečně kvalitní zařízení pro přehrávání a široký výběr vhodné muziky (Johnson, Richards - Griffiths, 2008; Grof, 1992; Grof, 1980).

Vlastní psychedelická terapie se odehrává ve třech fázích (Grof, 1992; Grof, 1980):

- 1) **Přípravné období** – probíhá získávání informací o pacientových obtížích, osobní anamnéze. Vytváří se terapeutický důvěryplný vztah, který je jedním z nejdůležitějších faktorů úspěšného psychedelického sezení. Klient je podrobně informován o povaze drogy a jejích možných účincích, podepisuje informovaný souhlas.
- 2) **Vlastní psychedelické sezení** – pacientovi je podána účinná dávka psychedelika a je doprovázen terapeutem, ideálně smíšeným párem. Důraz je tu položen na pozornosti obrácené do vnitřního světa klienta (pokud se nejedná o psycholytické sezení) a maximální snahu o přijetí prožívaného materiálu. Klient zpravidla leží se zakrytýma očima a sluchátky na uších. Verbální komunikace je omezena na minimum, až do okamžiku odeznívání účinků psychedelika, kdy terapeut s klientem krátce probere

zážitky, aby usnadnil jejich integraci. Klient může využít výtvarné vyjádření. V případě potřeby mohou být dozrívající problémy ze sezení zpracovány pomocí technik holotropního dýchání a práce s tělem.

- 3) **Následné zpracování zážitku** – Zpravidla několik rozhovorů během kterých klient s terapeutem rozebírá své zážitky a hledá cestu k jejich optimální integraci. Zážitky mohou být sdíleny ve skupině, nebo zpracovány arteterapeuticky.

Psychadelická psychoterapie spoléhá na transformativní zážitky, případně vhledy. Co však stoupenci psychadelické terapie považují za účinné mechanismy léčení? Grofovo porozumění vychází ze střetu jeho původně psychoanalytické terapeutické orientace na verbální terapii s intenzivně prožitkovou terapií během psychadelických sezení i později v rámci holotropního dýchání. Podle něj psychadelická terapie jako prožitková psychoterapie dokáže účinněji odstraňovat psychické odpory a uvolňovat obranné mechanismy, kdy je někdy možno dosáhnout už během prvního psychadelického nebo holotropního sezení materiálu z raného dětství, vzpomínek na porod nebo dokonce roviny transpersonální díky zvýšené úrovni znovuvybavování si vzpomínek a opětovnému prožívání emočně nabitých minulých událostí. Nevědomý materiál se také může objevovat v symbolické podobě tak, jak se to děje ve snech (Grof, 1992).

Psychadelická terapie zesiluje klasické terapeutické mechanismy: abreakci specificky biografického materiálu a katarzi všeobecných emočních a fyzických tenzí. Podle Grofa abreakce se stává účinnou jen tehdy, když je dostatečně hluboká a radikální. Musí dojít až k jejímu úplnému rozvinutí. Vybití energie z dětských traumat umožňuje regrese do doby traumatu, kdy si ale člověk zároveň udržuje přístup do svého dospělého pojmového světa. Energie dětského prožitku je uvolněna, uvědoměna a zhodnocena z dospělého hlediska, což usnadňuje její integraci. Kromě abreakce a katarze je zintenzivněn i fenomén přenosu, který je v psychadelické terapii chápán spíš jako překážka (Grof, 1992).

Za další léčivé mechanismy označuje Grof změny v konstelacích řídicích systémů. Sem patří tzv. systémy zhuštěných zážitků (COEX-systémy - systems of condensed experience) které představují „dynamickou konstelaci vzpomínek a souvisejícího fantazijního materiálu z různých období života dané osoby, kde společným jmenovatelem je silný emoční náboj stejné kvality, konkrétní intenzivní fyzický počinek nebo jiné důležité zážitky.“ (Grof, 1992, s. 16).

Přímo označení COEX-systémy používá Grof pro systémy organizující biografický materiál. Název „bazální perinatální matrice“ užívá pro systémy, které mají obdobnou funkci,

ale pro zážitky uložených na perinatální úrovni. Třetí skupina dynamických systémů se pojí s transpersonálními zážitky.

Systém, který aktuálně dominuje psychice jedince, výrazně ovlivňuje způsob, jakým jedinec pohlíží na sebe, svět, ovlivňuje jeho citové reakce i psychosomatické funkce. V rámci psychedlického sezení je klíčovým systém dominující poslední fázi sezení (Grof, 1992).

Během psychedelického/ holotropního sezení dochází k redukci emočního náboje negativně nabytých systémů a následně k transmodulaci - ke změně jejich konstelace v psyché klienta. Může nastat několik typů transmodulace, změn v psychice (Grof, 1992):

- a) Po zintenzivnění převládajícího negativního systému dochází k náhlému přesunu k pozitivnímu systému.
- b) Silný, lehce dosažitelný, pozitivní systém dominuje psychedelickému sezení hned od začátku, negativní systém ustupuje do pozadí.
- c) Při substituční transmodulaci proběhne přechod od jednoho negativního systému k druhému. Následně se změní i klinický obraz symptomů.
- d) Negativní transmodulace nastává při přechodu od pozitivního či neutrálního systému k negativnímu. Vynořují si symptomy, které dosud daný jedinec neměl.

Obzvláště silný terapeutický účinek mívají zážitky (emočně pozitivní i negativní) smrti a znovuzrození související s perinatálními tenzemi a „vzpomínkami“ na tělesné úrovni. Z transpersonální roviny jsou to pak zážitky vysoce abstraktní a zároveň transformativní prožitky ztotožnění se s Vesmírnou inteligencí (Kosmickým vědomím nebo Absolutnem) a prožitek Suprakosmického (Metakosmického) prázdna (Grof, 1992).

Timothy Leary spatřuje největší přínos ve vhladech a zážitcích, které přinášejí vědomí rozšiřující látky. Díky nim může dojít ke změně chování. Chování chápe jako umělé a kulturně podmíněné. Sekvence chování pak nahlíží jako sekvenci hry. Tyto hry jsou zapsány v kortexu jako malé, žalostné programy, které dokážou aktivovat desetinu nebo jen setinu potenciálních neurálních spojení. Všechny naučené programy, hry nahlíží jako drasticky limitující programy, které vybírají, cenzurují a varují. Vědomí rozšiřující látky tyto programy odpojují, mažou z kortexu, díky neherní, metaherní povaze zážitků, v kterých jedinec může nahlédnout herní podstatu, jejich strukturu (Leary, 1964).

Morgen Hertz pohlíží na změnu v psychedelické terapii jako důsledek stresem vytvořených podmínek zejména zvýšené motivační úrovně, která katalyzuje proces učení.

Stres indukuje LSD jednak přímo mírným a konstantním zvýšením koncentrace kortisolu⁸ v basální plasmě a také nepřímo psychologicky alterací vnímání a testováním reality .

⁸ Vysoké hladiny kortisolu se objevují v rámci stresové reakce, kdy tělo aktivuje enormní množství energie pro boj nebo útěk. Vysoké hladiny kortisolu jsou neurotoxické a postihují především oblast hipokampu. Jsou pokládány za hlavní faktor pro vznik postratumatické stresové poruchy (Horáček - Höschl, 2002).

Psychedelika a spiritualita

Spiritualita se v psychedelické terapii zrcadlí dvojím způsobem. Jednak spočívá v inspiraci a studiu tradičních duchovních tradic, které jsou spojeny s užíváním psychedelik a nedrogových cest k změněným stavům vědomí (např. hledání vize, potní lázeň, meditace, jóga). Hlavním a přímým zdrojem jsou pak vlastní zážitky obsahující překročení obvyklých hranic prostoru (např. zážitky ztotožnění se se zvířaty, rostlinami, jinými lidmi, planetárního vědomí, návštěvy jiných světů, setkání se s duchovními bytostmi), času (např. embryonální a fetální zážitky, zážitky ze života předků, kosmogonické zážitky), pozitivní „sjednocující“ emoce (lásky, úcty, soucit, odpuštění, vděčnost aj.) (podrobný popis viz Grof, 1992). Psychedelická spiritualita je v drtivé většině zážitková bez velkých konceptů a jednotného světonázoru.

Psychedelické terapie a závislosti

Psychedelická terapie nedisponuje ucelenou teorií závislostí vyjma pojetí Christiny Grofové, která staví na osobní zkušenosti se závislostí na alkoholu a její léčbou v kontextu holotropního dýchání a psychospirituální krize (stručně Grof – Grofová, 1999; podrobněji Grofová, 1998). Nedostatečný teoretický základ je pochopitelný vzhledem k zákazu užívání LSD i dalších halucinogenů po zhruba desetiletí terapeutického zkoušení a vědeckých výzkumů, které měli spíše povahu tápajících ambivalentních experimentů, kdy vědci a psychiatři postupně objevovali vliv setu a settingu, proměnných na straně terapeuta, dávkování a psychofarmakologickou dynamiku vůbec.

Podle Grofové závislost na alkoholu nebo jiných drogách může být projevem psychospirituální krize nebo se díky ní vyvine, když se jedinec v tomto bouřlivém období uchyluje před stresem, tlaky a vnitřním neklidem do utišujícího a relaxujícího světa alkoholu a jiných drog (Grof – Grofová, 1999).

U jiných se závislost vyvine jako důsledek jejich výrazné senzitivity, silné intuice nebo mystického založení, které nenachází v naší společnosti své zjevné uplatnění na rozdíl od přírodních národů. Takoví lidé pod vlivem alkoholu zakoušejí pocit sounáležitosti k lidem, jakési pseudo-uspokojení intenzivní touhy po nalezení svého já nebo Boha (Grof – Grofová, 1999).

Sestup alkoholika nebo toxikomana na samé dno a následné uzdravení připomíná proces smrti ega a znovuzrození, jak je znám z různých forem duchovní krize (např. iniciace šamana vizí roztrhání jeho těla, pozřením a následným znovuzrozením). Závislost se od ostatních transformačních krizí liší v potlačení duchovní dimenze zjevnou destruktivní a sebedestruktivní povahou závislostního procesu (Grof – Grofová, 1999).

LSD

Alkoholici a jiní závislí byli jednou ze skupin, u kterých byly zkoumány účinky psychedelik. Tyto výzkumy přinášely rozporuplná data. Některé výsledky byly výrazně slibné (Hoffer, 1964; Osmond et al., 1964; Fox, 1964; Kurland – Unger – Schaffer, 1964; Grof, 1980) jiné naopak přišli se silně negativními zjištěními o nulové účinnosti LSD terapie (Ludwig - Levine – Stark via Grof, 1980).

Slibné výsledky (abstinence nebo umírněné pití) zpravidla ukazovaly výrazné zlepšení po jednom až dvou LSD sezeních. Zlepšení trvalo zpravidla cca 2-3 měsíce. Následně se však výsledky zhoršovaly a přestávali být statisticky signifikantní, nicméně oproti kontrolní

skupině na tom byli probandi o něco lépe. Zobecnitelnost těchto závěrů je obtížná vzhledem k nestandardizovaným postupům terapie pomocí LSD, rodícím se klíčovým hypotézám (set a setting), nedostatečnému rozvoji oboru psychoterapie v 50. a 60. letech 20. století a také vzhledem ke skupinám probandů, kteří se převážně rekrutovali z pacientů „rezistentních“ soudobým postupům.

Výzkumy mimo jiné zjistily, že skupina alkoholiků a toxikomanů má své zvláštnosti v rámci psychedelické terapie. Ukázalo se, že závislí zpravidla reagují na psychedelika s nižší úzkostí a panikou než jiní pacienti/ probandi (Hoffer, 1964). Závislí častěji dosahovali transformačních zážitků a změn již během jediného sezení oproti neurotikům a pacientům s psychosomatickým onemocněním (Grof, 1980). Hoffer poukazuje také na odlišnosti v dávkování. U subjektu bez závislosti stačila dávka 100 mcg LSD pro vyvolání přiměřené psychedelické zkušenosti, kdežto u alkoholiků byla ekvivalentní dávka 300mcg (Hoffer, 1964). Horní hranice saturace se pak pohybuje mezi 400mcg – 500mcg. Vyšší dávky neměly už další efekt (Grof, 1980). Největší souvislost mezi abstinencí a LSD terapií zjistili výzkumníci ve spojitosti s prožitky deprese a/nebo transcendentálních zážitků bez vnějších znaků fyzického distresu a rozrušení v období po sezení (Hoffer, 1964).

Holotropní dýchání

Slovo holotropní lze přeložit jako „směřující na celek“. Grof (1992) tímto názvem vyjadřuje přesvědčení, že průměrný člověk v našem kulturním prostředí využívá malou část svých skutečných schopností a možností. Navíc se s touto malou částí (fyzickým tělem, egem) identifikuje a tím se účinně limituje. Holotropní dýchání usiluje toto změnit a posunout jedince k jeho větší celistvosti (Grof, 1992). K dosažení těchto cílů využívá holotropní terapie intenzivní dýchání (hyperventilaci), speciálně vybranou hudbu a práci s tělem podporující terapeutický proces. Významnou roli zde hraje set a setting jako ve všech psychedelických terapiích.

Hlavním nástrojem, jak už prozrazuje samotný název holotropního dýchání, je zrychlený způsob dýchání. Grof si již během LSD sezení všiml typických změn v dýchání, takže po zákazu LSD začal experimentovat s dechem jako nástrojem ke změně stavu vědomí. Na základě rozsáhlé zkušenosti odmítl klasický medicínský popis hyperventilačního syndromu, jehož projevy byly popisovány jako tetanické křeče v rukou a nohou, zvýšenou alkalitou krve a snížením ionizace kalcia. Naproti tomu zjistil, že během holotropního dýchání křeče a napětí se mohou objevovat kdekoliv v těle a po dosažení kulminačního bodu

odeznívají a dochází k prohloubení relaxace (Grof, 1992). Holotropní dýchání aktivuje prožitky ve všech dimenzích člověka. Na tělesné rovině to bývá třes, chvění, křeče, kašlán, dávení, zvracení, výkřiky. Tyto projevy bývají vůbec nejčastější prožitky na holotropních sezeních (přesněji leženích) a obvykle jsou nástrojem katarze a vybití vnitřního napětí. Z psychické a sociální dimenze se během dýchání objevuje nejrozsáhlejší biografický materiál od vztahových problémů až po nejširší škálu emocí a vzpomínek. Spirituální dimenze je zastoupena transpersonálními zážitky, které nepatří k nejčastějším (Může proběhnout celá řada holotropních sezení, aniž by se takový zážitek projevil), ale zato bývají nejvlivnější.

Neméně důležitou součástí holotropní terapie tvoří hudba. Je to po zrychleném dechu druhý klíč, který otevírá nevědomý materiál uzavřený v psychice dýchajícího. Správný výběr evokující hudby, která musí být zvolena s ohledem na konkrétní fáze holotropního procesu, významně pomáhá jak k přechodu do změněných stavů vědomí, tak i k převodu nevědomého materiálu a symptomů do plynulého procesu prožívání.

Práce s tělem (body work) v holotropní terapii znamená podpurný fyzický kontakt, který poskytuje hlídač (sitter) dýchajícímu od držení až po hlazení dle přání a potřeb dýchajícího. Kontroverznost a rizikovost zneužití či špatného pochopení takového kontaktu snižuje jednak skupinový formát dýchání (dýchá několik lidí najednou v párech se sittrem), který je nejčastější, a také důraz na respektování hranic dýchajícího. Dýchající si se svým sittrem domlouvají znamení nebo slovo, které slouží jako stopka veškeré aktivity, která právě probíhá. Další část práce s tělem se zaměřuje na vhodné způsoby, jak dýchajícímu pomoci uvolnit tenze a křeče. Sem patří tlačení a mačkání pro zvědomění a prohloubení dechu, tenzí a také poskytování bezpečné, pevné opory, proti které se může dýchající opřít a využít své tenze (například „praní se o ručník“).

Samotný průběh holotropního dýchání má obdobný průběh jako výše uvedený postup pro psychedelické sezení. Samotný proces dýchání trvá zpravidla dvě hodiny, během kterých proběhne celý proces od počáteční relaxace, evokace nevědomého materiálu dýcháním a hudbou přes prožívání, katarzi až po závěrečné zklidňování prožívání.

Byron A. Metcalf v roce 1995 shromáždil sebeposuzující data od 20 lidí, kteří se identifikovali s obrazem léčícího se závislého (z alkoholu nebo jiné chemické závislosti) a zároveň absolvovali minimálně tři sezení v holotropním dýchání. Většina respondentů absolvovala více jak patnáct sezení. Respondenti uváděli největší zlepšení v oblasti pocitů a emocí, zmenšení nebo vymizení deprese a úzkostí, snížení stresu a zvýšení sebeúcty a vědomí spirituality. U bažení devět z dvaceti respondentů uvádělo snížení (Metcalf, 1995). Kudrle

poukazuje na výraznější popření, vytěsnění a málo autentické prožívání u závislých v důsledku užívání návykových látek, díky čemuž mohou být holotropní prožitky průlomové zejména v oblasti prožívání a vztahů, jak uvádí Metcalf (1995). Zároveň Kudrle (2007) dodává, že spektrem prožitků se závislí neliší od běžné populace.

Ketamin

Další psychedelikum užívané ve výzkumu terapie závislostí představuje anestetikum používané především ve zvěrolékařství - ketamin, 2-(o-chlorophenyl)-2-(methyl-amino) cyclohexanone HCL spojuje v sobě účinky anestetika i psychedelika. Grof (1992) považuje tuto látku za zajímavou z heuristického hlediska, ale méně zajímavou z pohledu terapie, protože ketaminové zážitky vyvolávají jen omezenou emoční a psychosomatickou transformaci trvalé povahy. Nejcennější se zdá být trvalá a hluboká změna světonázoru, pojetí umírání a smrti.

Oproti Grofovi ruský vědec Igor Kungurtsev (1991) z Bechtěrevova psychoneurologického výzkumného institutu v Petrohradě vyzdvihuje krátkodobé působení ketaminu (cca 45 min - 1 hodinu při intramuskulární aplikaci, 15 – 20 min intravenózně) a jeho schopnost ve střední dávce (cca 150 mg, 2 mg per kg, což je asi šestina až desetina dávky užívané v anesteziologii) vyvolávat transpersonální prožitky, aniž by předtím aktivoval biografické vzpomínky a zážitky, proto se zdá „drsnější“ než postupné působení LSD nebo meskalinu (Kungurtsev, 1991).

Zážitkově ketamin otevírá dveře k prožitkům oddělení vědomí od těla a jeho samostatné existence, rozpouštění tělesného ega (smrt ega), zážitkům blízkých smrti, paralelních světů. (Jansen, 2004; Kungurtsev, 1991). Lidé, kteří se silně kontrolují a je pro ně problematické nechat věci jít, plynout nebo mají vztahové problémy, mívají často negativní ketaminové zážitky. Rozpuštění individuálního já pro ně představuje něco děsivého, kdežto uvolněnější osoby s hlubší schopností milovat zažívají něco příjemného až extatického (Kungurtsev, 1991). Pacienti s větší inteligencí a senzitivitou mívají obvykle živější, barevnější, variabilnější a osobně významné zážitky, zároveň u nich hrozí vyšší riziko závislosti na ketaminu (Jansen, 2004).

Nevýhoda ketaminových zážitků spočívá v obtížích s následným vybavováním, protože intoxikovaný bývá silně obluzen a se špatnou koordinací pohybu i verbální komunikace. Grof (1992) navrhuje úpravu molekuly ketaminu pomocí separace optických izomerů odpovědných za anestetické účinky. Tým Evžena Krupitskeho v Petrohradu

kompenzoval tyto nedostatky injekční aplikací stimulancií aethimizolu a bemegridu, což umožnilo podat vyšší dávky ketaminu bez ztráty vědomí a posílení paměti pro výbavnost zážitků (Jansen, 2004).

Kungurtsev zprvu využíval ketamin k posílení sugestibility alkoholiků pro hypnotické sugesce směřující k abstinenci. Cílem bylo vytvořit averzi k alkoholu. V rámci jedné z technik se snažili vytvořit asociaci mezi negativními ketaminovými zážitky a vůní alkoholu. Zásadní obrat nastal po Kungurtsevově sebezkušenosti s ketaminem (Kungurtsev, 1991).

V rámci svého výzkumu zapojil do léčby ketaminem dobrovolníky – alkoholiky, kteří se léčili ze závislosti v tamější nemocnici. Aplikace ketaminu byla jednou ze součástí léčby, která trvala měsíc a dále zahrnovala léčbu úzkostí a dalších poruch nálad, racionální, kognitivní psychoterapii zaměřenou na podnícení negativních postojů k alkoholu a myšlenkového nastavení na abstinenci a prozkoumání širších záležitostí (osobní historie, vztahy a pohled na svět). Dobrovolníci podstoupili sezení s ketaminem na jehož konci proband obvykle popsal svůj zážitek a tým nabídl interpretace. Probandi pak odpočívali a byli požádáni, aby napsali podrobný popis své zkušenosti. Vyhodnocovací rozhovor proběhl následující den a zahrnoval důkladnou diskuzi ohledně jejich zážitků. Pokud mělo ve stejný den ketaminové sezení vícero pacientů, probíhaly rozhovory ve skupině. Další následná setkání probíhala každé 2 – 3 měsíce po propuštění z nemocnice. Na základě těchto údajů zjistili, že po roce abstinovalo 68% takto léčených alkoholiků oproti kontrolní skupině, kde abstinovalo 45 – 50% alkoholiků (Kungurtsev, 1991).

Jansen (2004) uvádí obdobný ketaminový výzkum z Petrohradu pod vedením Evžena Krupitského, kdy po roce od experimentu abstinovalo 66% procent ze skupiny léčených ketaminem oproti kontrolní skupině, kde abstinovalo pouze 24% pacientů. Testy osobnosti navíc odhalily signifikantní zlepšení v oblasti depresivity, úzkostí a síly Já. Pacienti si byli více jisti svou schopností kontrolovat vlastní život a přijímat zodpovědnost. Po ketaminovém sezení si pacienti odnášeli pocit „vnitřního tabu“, jako by relaps byl pošpiněním něčeho čistého, posvátného (Jansen, 2004).

Empirická část

Výzkumný problém a cíle výzkumu

První kapitola teoretické části této práce vytyčila zhruba hranice, ve kterých se během procesu terapie závislostí pohybujeme. Druhá kapitola pak poodhalila terapeutickou práci se spirituální dimenzí, jak k ní přistupují čtyři různé terapeutické školy. V rámci přístupu logoterapie, na focusing orientované terapie, procesově orientované práce a psychedelických terapií jsme mohli vidět poměrně bohatý výběr technik, přístupů a více či méně propracovaných teorií závislostí. Výše uvedené terapeutické školy existují již několik desítek let a nejsou jediné, které se zabývají terapií i spirituální dimenzí. Jak jsem ukázal v předcházející práci (Málek, 2008) v zásadě každá psychoterapeutická škola má potenciál integrovat do svého systému práci se spirituální dimenzí. Ideální ukázkou mohou být kognitivně-behaviorální přístupy, které původně stavěly na mechanickém pojetí člověka, jenž pouze reaguje na podněty okolí na základě vrozených a naučených vzorců chování, a nyní do sebe integrují prvky z křesťanství, buddhismu. Dokážou využít modlitby, meditace, studium bible, aniž by ztratili punc vědecky podložené psychoterapie.

Téma spirituality v psychoterapii pravidelně oslovuje celou řadu studentů psychologie a příbuzných oborů. O to víc se vynořuje otázka po dopadech tohoto vývoje na každodenní praxi. Zcela zřetelně tato otázka zazněla během obhajoby mé diplomové práce Psychoterapie a spiritualita (Málek, 2008), kdy se členové komise (Prof. Petr Weiss, PhDr. Vendula Junková, PhDr. Katarína Komárová, Doc. Karel Riegel) shodli na významu spirituální dimenze člověka a také, že tento význam je konstatován již několik desítek let. Byla tak nadnesena otázka, zda se něco za onu poměrně dlouhou dobu změnilo. Tato otázka se také stala základem níže popsaného výzkumu. Pro svůj výzkum jsem otázku omezil na zjištění aktuálního stavu a oblast terapie závislostí. Výzkum jsem zaměřil na snahu zjistit, nakolik se uplatňuje práce se spirituální dimenzí v současné terapii závislostí. Jedná se především o psychoterapii, případně socioterapii.

Spirituální dimenzi člověka jsem pro účely dotazníků rozdělil do pěti tematických okruhů s širším vymezením. Opíral jsem se o široké vymezení spirituality jako přesahu jedince, času a prostoru:

- a) Vyšší bytost
- b) Smysl života (možnosti seberealizace a sebetranscendence)
- c) Vztahy (v nichž jedinec překračuje sám sebe a své potřeby)
- d) Zážitky (vrcholové zážitky, zážitky plynutí, jednoty, spojení, sebepřesahu)
- e) Jiné

Spiritualita nebyla jinak v dotazníku definována. Byl ponechán volný prostor pro vlastní chápání duchovnosti

Výzkumné otázky

Pro naplnění výzkumného záměru jsem zvolil formu deskriptivního výzkumu, který získává a analyzuje data na základě jednoduchého dotazníku o sedmi otázkách (viz příloha č 1). Na základě získaných dat chceme zodpovězení následujících otázek:

- Jaká je míra otevřenosti vůči spirituální dimenzi v programech, které zabývají terapií závislostí? – V dotazníku otázka č. 4 a 5
- Nakolik se práce se spirituální dimenzí stala pevnou částí léčebného programu? – V dotazníku otázka č. 3
- Jaká jsou nejčastější duchovní témata, se kterými se pracuje v rámci terapie závislostí? - V dotazníku otázka č. 4
- Jak velká část terapeutů v léčebných zařízeních se více zabývá spiritualitou? - V dotazníku otázka č. 6
- Jak častá je spolupráce s duchovními? - V dotazníku otázka č. 7.

Soubor

Výběr vzorku

Do vymezené oblasti zařízení, která se zabývají terapií závislostí, spadá celá řada typů institucí: nízkoprahová zařízení, psychiatrické ordinace (především AT poradny), soukromí terapeuté, psychiatrické léčebny, specializovaná oddělení nemocnic, terapeutické komunity, denní stacionáře, doléčovací centra. Seznam zařízení byl vytvořen na základě údajů na webových stránkách www.drogy-info.cz, které provozuje vládní organizace Národní monitorovací středisko (NMS), které je součástí Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.⁹

Základním kritériem byl komplexní terapeutický program, který zahrnuje možnost individuální i skupinové terapie a jehož součástí může být i práce na duchovním rozměru člověka. Díky tomuto kritériu byly vyloučeny nízkoprahové programy (terénní programy, kontaktní centra, substituční centra), která nedisponují systematickým terapeutickým programem a v první řadě naplňují princip snižování škod (Harm reduction). Případně provádějí předléčebné poradenství, krizové intervence, kdežto systematickou terapii jen u minima případů. Obdobně je tomu tak i s psychiatrickými ordinacemi a soukromými terapeuty.

Druhé vyřazující kritérium spočívalo v požadavku na srovnatelnost jednotlivých zařízení. Zde vykryštovaly dvě skupiny. Do první skupiny spadají zdravotnická zařízení (detoxifikační jednotky, psychiatrické léčebny, specializovaná oddělení nemocnic). Druhou skupinu tvoří neziskové organizace respektive jejich sociální služby (terapeutické komunity, denní stacionáře a doléčovací centra). Určitou výjimku představuje terapeutická komunita Fides, která je zdravotnickým zařízením patřícím pod psychiatrickou léčebnu Bílá Voda. Každá ze skupin podléhá odlišným normotvorným vlivům a regulacím. První z nich je primárně určována medicínským modelem, soudobou psychiatrií a regulací ministerstva zdravotnictví. Druhá skupina je regulována pravidly sociálních služeb. Interní terapeutické i celkové filozofické nastavení pracovišť bývá svobodnější a rozmanitější, ovlivněné především svým historickým vývojem a zakladateli. Vzhledem k tomu, že osobně pracuji v zařízeních

⁹ „NMS poskytuje garantované, objektivní, kvalitní, přesné a spolehlivé informace o problému drog v ČR. V rámci tzv. *drogového informačního systému* provádí, iniciuje, podílí se na monitorovacích a výzkumných aktivitách. Nástrojem pro plánování, koordinaci a rámcové hodnocení *drogového informačního systému* je Národní akční plán drogového informačního systému (NAPDIS).“ (NMS, 2007)

druhého typu, upřednostnil jsem zkoumání neziskového sektoru¹⁰, do kterého jsem zařadil i komunitu Fides.

Popis vzorku

Vybraný vzorek tvoří devatenáct terapeutických komunit, čtyři denní stacionáře a šestnáct doléčovacích center (viz příloha č.).

Terapeutické komunity poskytují pobytovou režimovou léčbu středně až dlouhodobou (6 – 18 měsíců), která zahrnuje socioterapii, psychoterapii (hlavně skupinovou), ergoterapii a resocializaci. Komunita obvykle sídlí mimo města a využívá relativní ústraní k intenzivnějšímu působení (více viz, Těmínová, 2008; Kalina, 2008).

Denní stacionáře nabízejí krátkodobou ambulantní léčbu ve všední dny a některé víkendy. Program je strukturovaný a zahrnuje dodržování režimu, individuální i skupinovou psychoterapii, komunitní setkávání, sociální práci, pracovní terapii, sportovní, zátěžové a volnočasové aktivity (Těmínová, 2008).

Doléčovací centra nabízejí zpravidla středně dobou až dlouhodobou (6 – 18 měsíců) následnou péči po absolvování ambulantní nebo rezidenční léčby. Hlavním cílem tu je udržení dosažené změny, prevence relapsu, pomoci v přechodu od léčby do běžného života. Následná péče může probíhat ambulantně nebo rezidenčně (chráněné bydlení). Terapeutický program zahrnuje socioterapii, individuální i skupinovou psychoterapii, komunitní setkávání, sociální práci. Program může být různě intenzivní a strukturovaný dle potřeb klienta. (více Těmínová, 2008).

¹⁰ V úvahu jsem bral i obtížnou komunikaci mezi zdravotnickým a nezdravotnickým personálem.

Popis metod

Typ výzkumu

Pro naplnění výzkumného záměru byl vybrán jako nejvhodnější deskriptivní typ výzkumu založený na dotazníkovém šetření.

Získávání dat

Na základě výběrového procesu (viz výběr vzorku) byla stanovena skupina léčebných zařízení (terapeutické komunity, denní stacionáře a doléčovací centra) vhodná pro účely výzkumu. Z webových stránek Národního monitorovacího střediska (www.drogy-info.cz) byl získán seznam terapeutických zařízení a jejich emailové adresy. Pro distribuci dotazníku byla zvolena metoda zaslání emailem, jako metoda časově a ekonomicky nenáročná s dostatečnou možností stejného zadání pro všechny respondenty.

Rozeslání dotazníků proběhlo ve dvou vlnách. Druhé zadání proběhlo pouze u těch zařízení, která nezaslala údaje po první žádosti. Při druhé rozesílce bylo použito odlišné oslovení. Při první rozesílce šlo o neutrální neosobní oslovení, při druhé rozesílce jsem využil oslovení „vážení kolegové, vážené kolegyně“.

Ve čtyřech případech jsem musel vyhledat aktuálnější emailový kontakt ze stránek příslušných organizací, protože kontakt uvedený na stránkách NMS již nebyl funkční.

Z celkového počtu 39 oslovených zařízení bylo zpět zasláno 19 dotazníků (49% návratnost dotazníku), přičemž jeden dotazník nemohl být využit kvůli nekompletním údajům. Jedno zařízení na žádost o údaje reagovalo, ale údaje neposkytlo (denní stacionář Sananim). Použitelné údaje poskytlo devět komunit (47% všech komunit uvedených NMS), jeden stacionář (ze 4 stacionářů zaměřených na léčbu závislostí) a osm doléčovacích center (50% všech doléčovacích uvedených NMS).

Zpracování a analýza dat

Získaná data jsem zaznamenal do přehledné tabulky v programu excel. Následně jsem získal relativní četnosti. Pro naplnění výzkumného záměru stačí prostý popis pomocí procentuální četnosti.

Výsledky a diskuze

Výzkum zpracoval data od 18 zařízení (47%) ze 39 oslovených. Zkoumaný vzorek tvoří relativně homogenní skupina zařízení zaměřených na terapii závislostí, které jsou provozovány v drtivé většině neziskovými organizacemi s rozmanitou organizační kulturou a filozofií.

V rámci této skupiny respondentů lze pokládat shromážděná data za srovnatelná a pro zařízení provozované neziskovými organizacemi lze vzhledem ke 47% účasti ve výzkumu vyvozovat všeobecné trendy v tomto segmentu. Při sebrání dat ode všech zařízení lze předpokládat určité vychýlení především díky křesťanským komunitám. Organizace Teen challenge vlastní celkem tři terapeutická zařízení, z toho údaje byly získány pouze od jednoho. Data jsem rovněž nezískal od křesťanské komunity Pastor bonus. U těchto zařízení lze předpokládat pevné začlenění spirituality do léčebného programu i pravidelné docházení duchovního.

Aktuálně ve zkoumaných léčebných zařízeních převažovali muži (13 zařízení), ve čtyřech zařízeních ženy a v jednom zařízení byl vyrovnaný počet dle pohlaví. Je otázkou dalšího, podrobnějšího výzkumu nakolik se liší mužský a ženský přístup ke spiritualitě a nakolik aktuální převaha jednoho nebo druhého pohlaví ovlivňuje spirituální tematiku v procesu terapie.

Zmínění klienti a klientky podstupovali léčbu ve třech typech zařízení: terapeutické komunity, denní stacionáře nebo doléčovací centra. Terapeutická zařízení poskytují komplexní program s různou mírou strukturovanosti. Pouze 33% procent (viz Obr. 1) léčebných zařízení uvedlo, že je práce na spirituálních tématech pevnou součástí jejich programu. Toto poměrně nízké číslo naznačuje, že se práce se spirituální dimenzí dosud nestala standardní součástí postupů dobré praxe.

Zde musíme brát v potaz historický vývoj přístupu k religiozitě a spiritualitě, který byl v poslední době ovlivněn především komunistickým režimem. Již dřívější historicky podložené antiklerikální postoje¹¹ byly umocněny a celkově se světonázor občanů ČR posunul k ateismu. Halík (2005) spíše než o ateismu mluví o „něcismu“. Víře, že něco nad námi musí být, ale bůh to není. Výše uvedených 33% naznačuje, že v terapeutickém rámci zařízení a terapeuté nezaujímají aktivní postoj a nenastavují potřebné podmínky pro evokaci

¹¹ Antiklerikální postoje se utvářely na základě reformního hnutí od 15. století a byly utvrzovány úzkým propojením katolické církve na Habsburskou dynastii. Vyvrcholení těchto tendencí proběhlo během ustanovení samostatného prvorepublikového Československa, které bylo spojeno s národnostním a státotvorným cítěním.

spirituality či nēcismu. Příčiny tohoto stavu lze hledat na straně společnosti (celkové duchovní nastavení společnosti), klientů (citlivost vůči spiritualitě, ochota a odvaha o těchto tématech mluvit) i terapeutů (míra jejich vlastní zralé spirituality, ochota a odvaha o těchto tématech mluvit a eticky je nabízet) a v neposlední řadě i léčebných zařízeních (organizační kultura, míra rigidity).

Terapeutická zařízení, jejichž pevnou součástí programu je i práce na duchovních tématech, nejvíce zaměřují pozornost klientů na otázku smyslu života (všechna zařízení) a duchovní rozměr ve vztazích (83% zařízení, podrobněji viz Obr. 2).

Otázka smyslu života má v terapii závislostí centrální význam, protože cílem terapeutické práce je změna dosavadního životního směřování a zaměření života blahodárnějším směrem. V této spojitosti je třeba mít na paměti, že abstinence je výborný, ale pouze dočasný cíl a hodnota, protože samo o sobě představuje abstinence pouze negaci užívání návykových látek a jako taková není trvale udržitelná. Lze předpokládat, že větší zaměření na „pouhou“ abstinenci v neprospěch smyslu života a dalších komponent spirituální dimenze, odsoudí terapii pouze ke krátkodobému efektu.

Abstinence jako motivační síla sama o sobě, respektive radost z ní, zpravidla odeznívá po několika měsících. Abstinenci vidím především jako šanci v uprázdněném vnitřním prostoru vhodném pro nalezení svého spirituálního rozměru, což v praxi je v první řadě právě smysl života, případně vztahy, které neslouží k pouze zasycení základních vztahových potřeb, ale podněcují člověka k dalšímu růstu. Jiný aspekt duchovní dimenze vztahů spočívá v čelení pocitům viny za minulost, přijímání odpovědnosti za přítomnost a rozvíjení takových vztahových fenoménů jako jsou laskavost, odpuštění, vděčnost, soucit a láska. Lze bez nadsázky prohlásit, že smysl života a vztahy jsou hlavní náplní českého člověka vůbec. Výše uvedený údaj naznačuje, že se toto dosud záměrně a systematicky v terapeutických programech neděje, ale vzhledem ke screeningové povaze tohoto výzkumu, se musíme vyvarovat předčasných závěrů.

V případě, že s tématem spirituality přichází sám klient/ klientka, dostávají prostor si dané problémy zpracovat ve všech zařízeních. Nejčastěji klienti přicházejí s tématy smyslu života (ve všech zařízeních), vztahů (v 78% zařízení) a duchovních zážitků (v 44% zařízení, viz Obr. 3). Tyto výsledky potvrzují podstatný význam smyslu života pro samotné klienty a stejně tak i vztahový rozměr života.

Uvedené údaje ukazují na největší otevřenost klientů i terapeutů vůči tématům smyslu života a vztahů. V téměř polovině zařízení se daří otevírat témata duchovních zážitků (vrcholové zážitky, zážitky plynutí, jednoty, spojení, sebepřesahu). Minimálně se pracuje

s tématem Vyšší bytosti, ať z důvodu etické citlivosti (vnucování své víry), osobních zábran u klientů i terapeutů nebo z důvodů malé vnímané významnosti.

O míře využívání spirituality v terapii závislostí může poskytnout údaje i míra zapojení terapeutů jednotlivých zařízení do této oblasti, respektive jejich zájem o tuto tematiku zejména, zda se promítá do jejich práce. Pět zařízení (28% respondentů) uvedlo, že se v jejich týmu nikdo více tematikou spirituality nezabývá. Z celkového počtu 99 pracovníků terapeutických zařízení pro závislé se jich duchovní dimenzi více věnuje 31%. Více jak polovina respondentů považuje nastavení svého terapeutického programu za podporující pro práci s duchovní tematikou (viz Obr. 4).

Poslední aspekt, který může více prozradit o spiritualitě v léčbě závislostí, spočívá ve spolupráci terapeutů respektive zařízení s duchovními (bez ohledu na jejich církevní nebo náboženskou příslušnost). Do drtivé většiny zařízení duchovní nedocházejí (70%), ve třech zařízeních je duchovní k dispozici na vyžádání, do dvou zařízení chodí pravidelně (viz Obr. 5).

Tyto výsledky poukazují na chybějící spolupráci mezi profesionály v sociálních službách a duchovními „profesionály“. Jejich spolupráce je součástí etického přístupu vzhledem k rozdílnému vymezení rolí terapeuta a duchovního, kdy role terapeuta je více omezena (více viz Málek, 2008).

Největší slabinu tohoto výzkumu spatřuji v sebeposuzovacím hodnocení jednotlivých pracovišť, kdy kromě obvyklých chyb hodnotitele (chyba mírnosti, centrální tendence) ovlivňuje výsledky celého zařízení názor respektive osobní měřítko pracovníka, který vyplňoval dotazník. Tyto vlivy mohou zkreslit především údaje o míře otevřenosti pracoviště vůči spirituální dimenzi a témata, s jakými přicházejí klienti. Tento problém lze odstranit větší konkretizací a definováním, ale za cenu zúžení a oploštění zkoumaného jevu.

Závěr

Na zjištěném vzorku 18 terapeutických zařízení, která se zabývají léčbou drogových a alkoholových závislostí, jsme zjistili, že dosud neproběhla důkladná implementace bio-psycho-socio-spirituálního modelu člověka. Práce s duchovní složkou byla zařazena do pevné struktury terapeutického programu pouze v 33% (6) zařízení. Více jak polovina zařízení v aktuální podobě svým nastavením podporují téma spirituality (56%)

Spirituální témata, kam řadíme otázku Vyšší bytosti, smysl života, vztahů a duchovních zážitků, jsou ve všech zařízeních respektována jako osobní témata klientů, se kterými je dále terapeuticky pracováno. Klienti nejčastěji přicházeli s tématy smyslu života (ve všech zařízeních), vztahů, v nichž jedinec překračuje sám sebe a své potřeby (78%), a zážitky (vrcholové zážitky, zážitky plynutí, jednoty, spojení, sebepřesahu, 44%).

Z 99 pracovníků terapeutických týmů se jich otázkám spirituality věnuje více 31. Naproti tomu pouze do dvou zařízení pravidelně chodí duchovní a do dalších tří chodí na požádání. Většina zařízení tedy s duchovními nespolupracuje.

Shrnutí

V předložené rigorózní práci jsem se zabýval integrací spirituality do léčby závislostí. K problematice jsem přistupoval především z fenomenologického hlediska, jak se jeví v terapeutické praxi. V první kapitole jsem popsal významné jevy, které jsou se závislostí úzce spjaty a se kterými se v procesu léčby lidí se závislostí potýkáme. Druhá kapitola nám přiblížila čtyři vybrané psychoterapeutické školy a ukázala jejich specifické možnosti v terapii závislostí. Jejich významným společným jmenovatelem je schopnost oslovit a aktivizovat spirituální dimenzi člověka, která bývá v některých případech zásadním mezníkem mezi setrváním v sebezničující závislosti nebo uskutečnění změny.

Empirická část se zaměřila na zjištění, nakolik už v současné době je spiritualita integrována do léčebných programů v zařízeních, které spravují neziskové organizace. Zjistili jsme, že plná a stabilní integrace zatím neproběhla, nicméně můžeme konstatovat, že je spirituální dimenze člověka přijímána, když se objeví. Zároveň můžeme konstatovat uspokojivý zájem o tuto problematiku v řadách členů terapeutických týmů, kde se o spiritualitu více zajímá jedna třetina pracovníků. Naproti tomu výrazně zaostává spolupráce s duchovními. Příčiny tohoto stavu je třeba ještě vyzkoumat.

Seznam použité literatury

1. Ball, M. (2009). *Duše šalvěje : šalvěj divotvorná a entheogenní zážitky*. Praha : Dybbuk, 2009.
2. Conyers, B. (2003). *Addict in the Family: Stories of Loss, Hope, and Recovery*. Center City: Hazelden.
3. Cox, W. M. & Klinger, E. (2004). *Handbook of Motivational Counseling: Concepts, Approaches, and Assessment*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
4. Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P. (2008) *ESPAD 07: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika 2007*. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007. Praha: Úřad vlády České republiky.
5. De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York: Springer Publishing.
6. Diamond, J. & Spark Jones. (2004). *A path made by walking: Process Work in in Practice*. Portland. Lao Tse Press.
7. EMCDDA (2004). *Komorbidity: užívání drog a duševní poruchy*. Drugs in Focus, 14. Lisabon: EMCDDA.
8. Emmons, R. (2003). *The Psychology of Ultimate Concerns : Motivation and Spirituality in Personality*. New York : The Guilford Press.
9. Frankl, V. E. (1994a). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta
10. Frankl, V. E. (1994b). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
11. Frankl, V. E. (2007). *Psychoterapie a náboženství: Hledání nejvyššího smyslu*. Brno: Cesta.
12. Frouzová, M., Kalina, K. (2008). *Rodinná terapie a práce s rodinou*. In: Kalina, K. (Ed.) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. s. 187 – 198.
13. Gendlin, E. (2003). *Focusing : tělesné prožívání jako terapeutický zdroj*. Praha: Portál.
14. Gendlin, E.T. (1964). *A theory of personality change*. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change*, pp. 100-148. New York: John Wiley and Sons. Also available at http://www.focusing.org/personality_change.html.
15. Grof, S. (1980). *LSD therapy*. Pomona: Hunter House Publishers.
16. Grof, S. (1992). *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: Gemma 89.
17. Grof, S. (2005). *Editorial*. Adiktologie. 5. No 2. s. 111 – 115.

18. Grof, S., Grofová, Ch. (1999). *Nesnadné hledání vlastního Já*. Praha: Chvojko nakladatelství.
19. Grofová, CH. (1998). *Žízeň po celistvosti*. Praha: Chvojko nakladatelství.
20. Gwinell, E., Adamec, Ch. (2006). *The Encyclopedia of Addictions and Addictive Behaviors*; New York: Facts on File.
21. Hajný (2003). *Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády.s. 140 – 144.
22. Halama, P. (2003). *Možnosti logoterapie v terapii drogově závislých*. Konference Logoterapia – psychoterapia pre tretie tisícročie, 30. – 31.5. 2003, staženo 11. 12. 2010 z <http://katpsych.truni.sk/existprob/prispevky/halama.htm>
23. Halík, T. (2005). *O ateismu, pochybnostech a víře*. Staženo 25. 1. 2011 z http://www.halik.cz/clanky/o_ateismu_pochybnostech_vire.php
24. Hauser, R. (2004). *Heroin Addiction and Altered States. Can a single process-oriented intervention help?* Journal for Process oriented Psychology. Vol 9, 1, s. 36 - 50. Staženo 17. 1. 2011 <http://www.efn.org/~rhauser/article.pdf>
25. Hertz, H. (1967). *The Mechanism of the LSD Treatment as Viewed from the Aspect of Learning Processes*. In: Abramson, H. A. (ed.). *The Use of LSD in Psychotherapy and Alcoholism*. New York. THE BOBBS - MERRILL COMPANY, INC. s. 661 – 669.
26. Hinterkopf, E. (2003). *Focusing and Spirituality*. staženo 11. 10. 2004 z http://www.focusing.org/spirituality/spirituality_hinterkopf.html
27. Horáček - Höschl 2002, *Psychoneuroendokrinologie*, In: Höschl C., Libiger J., Švestka J. (eds.), *Psychiatrie*. Praha: Tis. s. 125 - 132.
28. Jansen, K. L.R. (2004). *Ketamine: Dreams and Realities*. Sarasota: MAPS.
29. Juhnke, G. A., Hagedorn, W. B. (2006). *Counseling addicted families: an integrated assessment and treatment mode*. New York. Routledge.
30. Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.
31. Karia, A. & Študentová, S. (2011). *Studijní materiály k výcviku ve facilitaci skupinových procesů*. Nепublikováno.
32. Reiss, G. (2004). *Vital Loving: A Guide Book for Couples and Families*. Eugene: Changing Worlds Publ.
33. Kavenská, V. (2008). *Možnosti využití halucinogenu ayahuasky při léčbě závislosti*. Adiktologie. 8, No 1. s. 33 – 39.

34. Khantzian, E. J., Albanese, M. J. (2008). *Understanding Addiction As Self Medication: Finding Hope Behind The Pain*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
35. Kobližková, R. (2009). *Ženy v nízkoprahovém zařízení*. In: Preslová, I., Maxová, V. et al. *Ženy & drogy : sborník odborné konference : Praha 15.-16. dubna 2009*. Praha: Sananim. s 15 – 18.
36. Kokosińska, J. (1992). *Uzależnienie narkotyczne a poczucie sensu życia*. In: Bieli, A., Walesa C. (Eds): *Problemy współczesnej psychologii*. Lublin, PTP.
37. Koob, G. F. et al. (2008). *Pathophysiology of Addiction* In: Tasman, A. (ed.) . *Psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons. s. 354 – 378.
38. Kratochvíl, S. (1999). *Klinická hypnóza*. Praha: Grada.
39. Krekulová, L., Řehák, V. (1998). *Virové hepatitidy*. Praha: Triton.
40. Kudrle, S. (2003b). *Trauma a závislost*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády. s. 130 –134.
41. Kudrle, S. (2007). *Rituál holotropního dýchání*, In: Nevšimal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Magdaléna o.p.s. s. 126 – 129.
42. Kudrle, S. (2008), *Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci*. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. s. 17 – 24.
43. Kungurtsev, I. (1991), “*DEATH-REBIRTH*” *PSYCHOTHERAPY WITH KETAMINE*, Staženo 15. 1. 2011 <http://www.eleusis.us/resource-center/references/deathrebirth.php>
44. Längle, A. (2002). *Smysluplně žít : aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
45. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
46. Larimer, M. E. et al. (1999). *Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model*. *Alcohol Research and Health*, 23(2), s. 151-160.
47. Leary, T. (1964). *How to Change Behavior*. In: Solomon, D. (ed.). *LSD:The Consciousness-Expanding Drug*. New York: G. P. Putnam's Sons. s. 103 – 118.
48. Levine, P. (2002). *Prebúdzanie tигра: liečenie traumy*. Humenné. Pro Familia.
49. Malá, E. (2000). *Hyperkinetické poruchy*. In: Hort, V., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, s. 307-314.
50. Málek, T. (2008). *Psychoterapie a spiritualita. Integrace duchovní dimenze do terapie*. Diplomová práce. Praha. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. 2008.
51. Mcmurran, M. (1994). *The psychology of addiction*. London and Bristol: Taylor & Francis.

52. Metcalf, B. A. (1995). *Examining the Effects of Holotropic Breathwork in the Recovery from Alcoholism and Drug Dependence*. Staženo 15. 1. 2011 z <http://primal-page.com/metcalf.htm>
53. Metzner, R. (1989). *Molecular Mysticism: The Role of Psychoactive Substances in the Transformation of Consciousness*. In: Rättsch, Ch. (ed.). *The Gateway to Inner Space*. Dorset: Prism Press. Staženo 15. 1. 2011 z <http://www.psychedelibrary.org/metzner.htm>
54. Minařík, 2003a. *Opioidy a opiáty*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády. s. 159 – 163.
55. Minařík, 2003b. *Stimulancia*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády. s. 164 – 168.
56. Minařík, 2008, *Přehled psychotropních látek*, In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. s. 339 – 368.
57. Minařík, J., Hobstová (2003a). *Somatické komplikace a komorbidita 1- místní a celkové infekce*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády. s. 223 – 228.
58. Minařík, J., Hobstová (2003b). *Somatické komplikace a komorbidita 2- infekční hepatitidy a AIDS*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády. s. 229 – 231.
59. Minařík, J., Řehák, V. (2008). *Somatické komplikace a komorbidita*, In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*, Praha: Grada. s. 88 - 92.
60. Mindell, A. (1985). *River's Way. The Process Science of the Dreambody*. New York and London: Lao Tse Press.
61. Mindell, A. (1988). *City shadows: psychological interventions in psychiatry*. London: Routledge.
62. Mindell, A. (1990). *Process work with addictions, altered states, and social change* *Addiction*. 11th International Transpersonal Conference, September 1990, SPIRITUAL QUEST, ATTACHMENT AND ADDICTION. Staženo 17. 1. 2011 z http://www.aamindell.net/download/publications/addictionLecRevisedNov_03.rtf
63. Mindell, A. (2002). *The deep democracy of open forums: practical steps to conflict prevention and resolution for the family, workplace, and world*. Charlottesville, VA: Hampton Roads.
64. Mindell, A. (2007). *Techniky snění : šamanismus v praxi*. Olomouc: Fontána.

65. Mindell, A. (2010). *ProcessMind: A User's guide to Connecting with the Mind of God*. Wheaton, IL: Quest Books.
66. Mindell, A. (2001). *The dreammaker's apprentice: using heightened states of consciousness to interpret dreams*. Charlottesville, VA : Hampton Roads.
67. Mindell, Amy, (2009). *Metadovednosti : spirituální umění terapie*. Olomouc: ANAG.
68. Mindell, Amy. (2002). *Amy on the Evolution of Process Theory*. Staženo 17. 1. 2011, from <http://www.aamindell.net/evolution-of-process-theory.htm>
69. Miovska, L., Miovsky, M. & Mravčík, V. (2006). *Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog*. Psychiatrie, 3, s. 150-156.
70. Miovska, L., Miovsky, M., Kalina, K. (2008). *Psychiatrická komorbidita*. In: Kalina, K. (Ed.) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. s. 75-87.
71. Miovský, 2003, *Halucinogenní drogy*, In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I*. Praha : Úřad vlády České republiky. s. 169-173.
72. Mravčík, V. et al. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky.
73. Najavits, L. M. (2003). *Seeking safety: A new psychotherapy for posttraumatic stress disorder*. In: Ouimette, P., Brown, P. J. (eds.). *Trauma and substance abuse : causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*. Washington,,: APA. s. 147 – 170.
74. Nakken, C. (1996). *The Addictive Personality. Understanding the Addictive Process and Compulsive Behavior*. Center City: Hazelden.
75. Národní monitorovací středisko. (2007) *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. Staženo 16.01.2007 z http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/co_jsme/narodni_monitorovaci_stredisko_pro_drogy_a_drogo ve_zavislosti
76. Nečas, V., & Pešek, R. (2009). *Situace ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Zaostřeno na drogy, 6(7), s. 1-16.
77. Nešpor, 2003). *Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. s. 233 – 237. Praha: Úřad vlády.
78. Nešpor, K. (2002), *Návykové nemoci*. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (eds.), *Psychiatrie*. Praha. Tigris. s. 555 – 577.
79. Nešpor, K. (2003) *Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády. s. 217 – 222.

80. Nešpor, K., Csémy, L. (1999). *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládání*. Praha: FIT IN a Sportpropag.
81. Newcomb, M. D. & Harlow, L.L. (1986). *Life Events and Substance Use Among Adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life*. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 3, s. 564-577.
82. Noël, S. (2010). *Recovery Focusing Manual. A Manual for Group Work*, sine loco.
83. Petitcollin, Ch. (2008). *Oběť, kat a zachránce. Ve vztazích a komunikaci*. Praha: Portál.
84. Sananim, (2005). *Operační manuál: Doléčovací centrum*. Nepublikováno.
85. Schupbach, M. (2007). *Pankáči, polícia, obyvatelia a závislí od alkoholu či drog na otvorenom fóre v Zürichu, Švajčiarsko: Worldwork v mestských zhromaždeniach*. Staženo 17. 1. 2011 <http://www.processwork.sk/clanky/forumzurich.htm>
86. Somov, P. G. (2008). *Choice Awareness: Logotherapy and Mindfulness Training for Addictions Treatment*. S. l.: Train of Thought Press. staženo 3. 12. 2010 <http://www.eatingthemoment.com/choice-awareness-training/2009/12/10/choice-awareness-logotherapy-and-mindfulness-training-for-ad.html>
87. Somov, P.G. (2007). *Meaning of Life Group: Group Application of Logotherapy for Substance Use Treatment*. Journal for Specialists in Group Work, 32 (4), s. 316 - 345.
88. Steiner, B., Krippner, K. (2006). *Psychotraumatheapie*. Stuttgart: Schattauer.
89. Šiffelová, D. (2010). *Rogersovská psychoterapie pro 21. století : vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada.
90. Těmínová-Richtrová, M. (2008), *Systém péče a jeho složky*. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. s. 369 – 386.
91. Twerski, A. (1997), *Addictive Thinking: Understanding Self-Deception*. Center City: Hazelden.
92. Van Felter, D. (1987). *Heroin Adiction from process-oriented psychological viewpoint* (disertační práce). William Lyon university.
93. Van Nuys, D. (2009, july). *Dr. Dave interviews Ann Weiser Cornell*. Přepis z Shrink Rap Radio #214, July 30, 2009. staženo 11. 12. 2010 z <http://www.shrinkrapradio.com/214.pdf>
94. Wegscheider-Cruse, S. (1987). *Choicemaking: for co-dependents, adult children, and spirituality seekers*. Pompano Beach: Health Communications.
95. Weisberg, J.L. & Porter, J.E. (1994). *Purpose in Life and Outcome of Treatment for Alcohol Dependence*. British Journal of Clinical psychology, 33, s. 49-63.

96. Weiser Cornell A. & McGavin B. (2008). *The Focusing Student's and Companion's Manual. Part One*. Berkeley : CALLUNA PRESS
97. Weiser Cornell A. (1996). *The Power of Focusing: A Practical Guide to Emotional Self-Healing*. Oakland: New Harbinger.
98. Weiser Cornell A. (2005). *The Radical Acceptance of Everything: Living A Focusing Life*. Berkeley: Calluna Press.
99. Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2007). *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. New York: Elsevier.
100. Wood, D. (2009). *ADHD Management: The Necessity of Psychotherapy: Clinical Paper*, staženo 28.4.2007 <http://www.mental-health-matters.com/articles/article.php?artID=240>

Seznam příloh

Seznam příloh	102
Příloha č. 1	103
Dotazník uplatnění spirituality v terapii	103
Příloha č. 2	105
Obr. 1. Spiritualita jako pevná součást terapeutického programu	105
Obr. 2. Spirituální témata jako pevná součást programu	105
Příloha č. 3	106
Obr. 3. Spirituální témata, která přinášejí klienti.....	106
Příloha č. 4	106
Obr. 4. Otevřenost terapeutického programu vůči spiritualitě.....	107
Obr. 5. Návštěvy duchovního v terapeutickém zařízení.....	107

Příloha č. 1

Dotazník uplatnění spirituality v terapii

1. V našem zařízení jsou klienti (pacienti) ve věkovém rozmezí (od-do)

.....

2. Poměr klientů dle pohlaví v našem zařízení bývá

- a) stejně mužů a žen
- b) převaha mužů
- c) převaha žen

3. Práce na spirituálních tématech je pevnou součástí našeho terapeutického programu.

Ano Ne

Zpravidla se pracuje na těchto tématech:

- f) Vyšší bytost (vztah klienta k ní, její místo v klientově životě)
- g) Smysl života (možnosti seberealizace a sebetranscendence)
- h) Vztahy (v nichž jedinec překračuje sám sebe a své potřeby)
- i) Zážitky (vrcholové zážitky, zážitky plynutí, jednoty, spojení, sebepřesahu)
- j) Jiné

4. Při terapeutické práci rozvíjíme spirituální témata, pokud s nimi klient sám přichází.

Ano Ne

Zpravidla klient přichází s těmito tématy:

- k) Vyšší bytost (vztah klienta k ní, její místo v klientově životě)
- l) Smysl života (možnosti seberealizace a sebetranscendence)
- m) Vztahy (v nichž jedinec překračuje sám sebe a své potřeby)
- n) Zážitky (vrcholové zážitky, zážitky plynutí, jednoty, spojení, sebepřesahu)
- o) Jiné

5. Aktuální nastavení terapeutického programu podporuje práci se spirituálními tématy.

Ne Spíše ne Spíše ano Ano

6. V terapeutickém týmu je někdo, kdo se spiritualitou více zabývá.

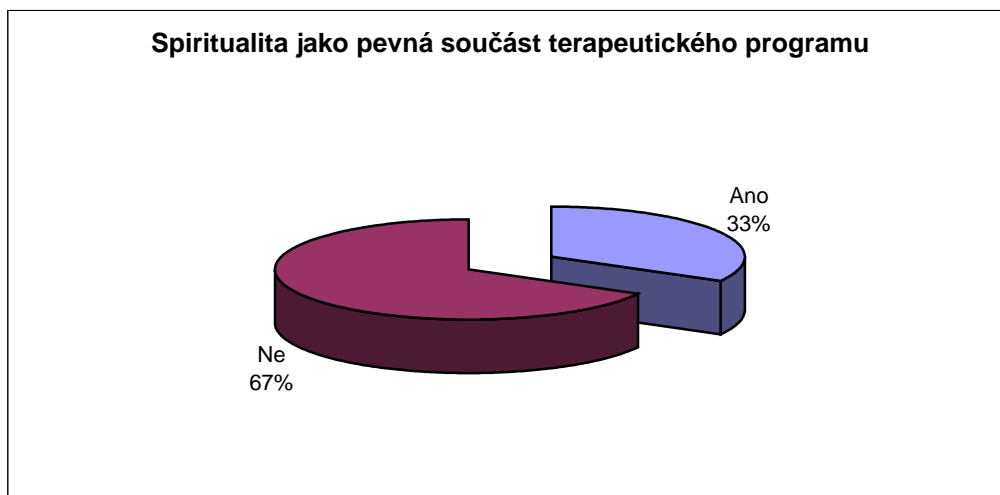
Ano Ne

7. V našem zařízení je k dispozici duchovní (kněz, pastor, duchovní učitel apod.)

- a) pravidelně
- b) nepravidelně
- c) jen na požádání
- d) vůbec

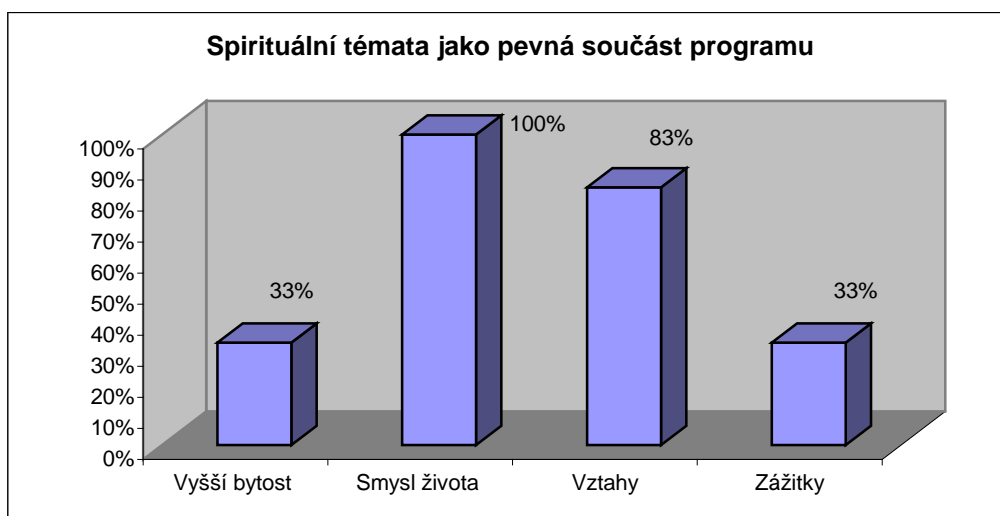
Příloha č. 2

Obr. 1



V 67% terapeutických zařízení není spiritualita pevnou součástí léčebného programu.
Ve 33% zařízení je spiritualita začleněna do terapeutického programu.

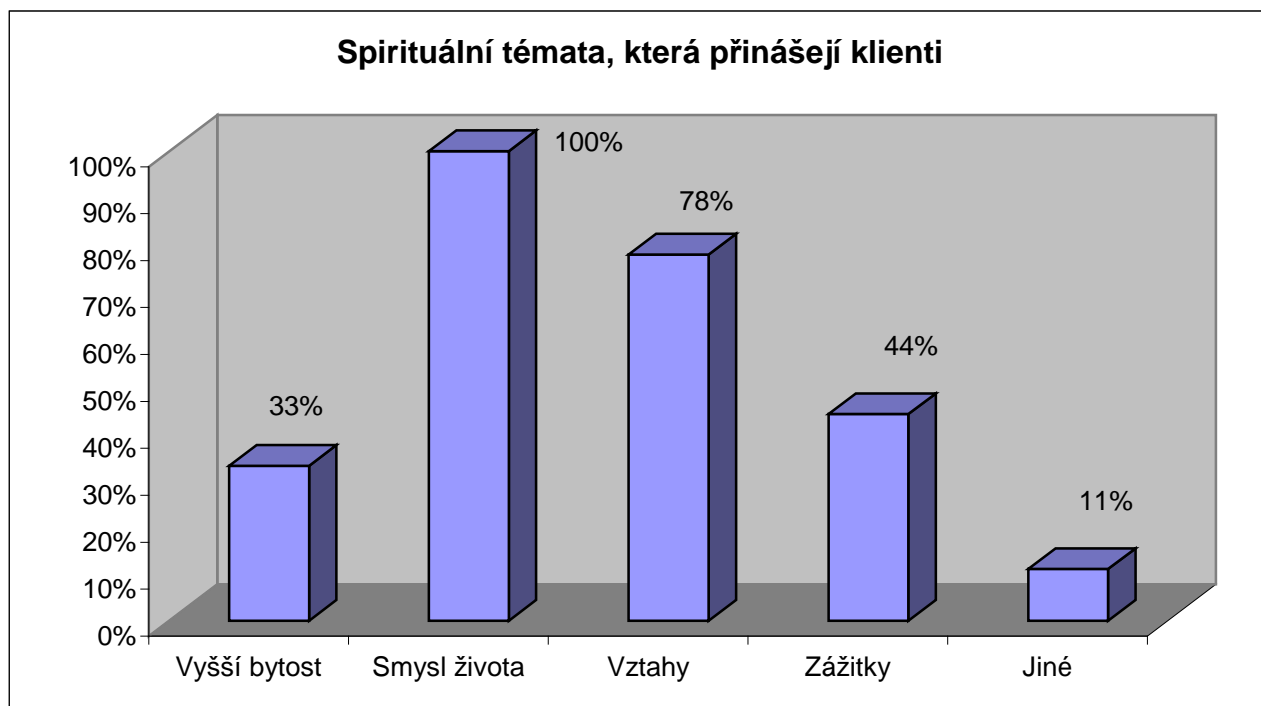
Obr. 2



Obrázek číslo 2 uvádí jaká témata byla začleněna do terapeutického programu. Ve všech zařízeních, jejichž program zahrnuje spirituální témata jako svoji pevnou součást (6 zařízení), se zabývají smyslem života. Ve 83% zařízení je integrováno téma sebepřesahujících vztahů. Ve 33% zařízení je součástí programu problematika Vyšší bytosti a duchovních zážitků.

Příloha č. 3

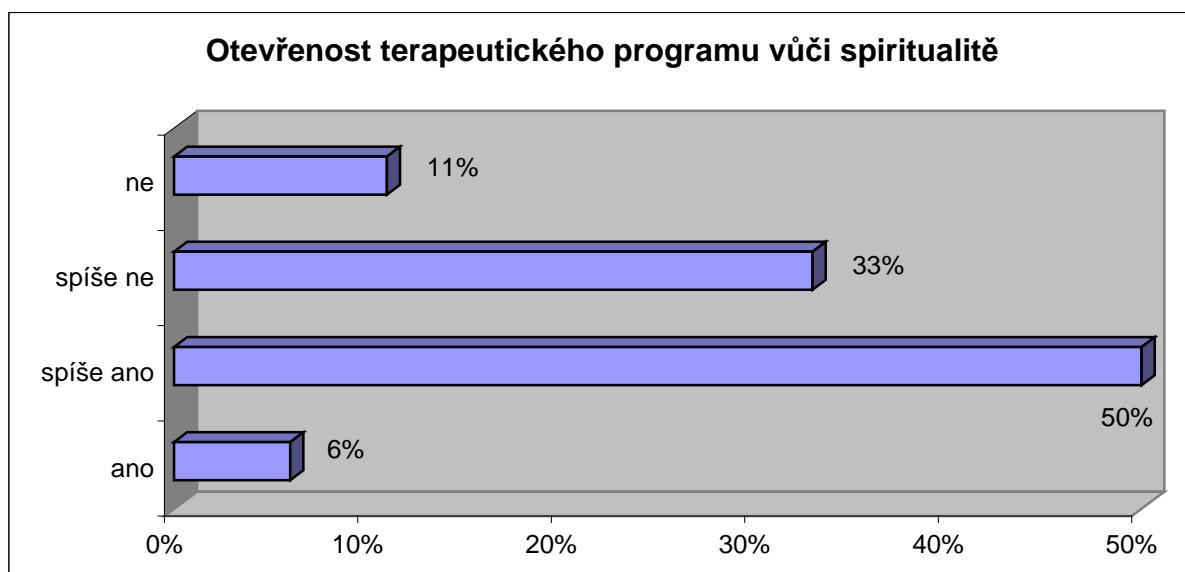
Obr. 3



Ve všech zařízeních přicházejí klienti s tématem smyslu života. V 78% zařízení chtějí klienti řešit duchovní rozměr svých vztahů. Ve 44% zařízení klienti přinášejí témata duchovních zážitků. Ve 33% zařízení se klienti dotýkají tématu Vyšší bytosti. V 11% zařízení přicházejí klienti s jinými duchovními tématy.

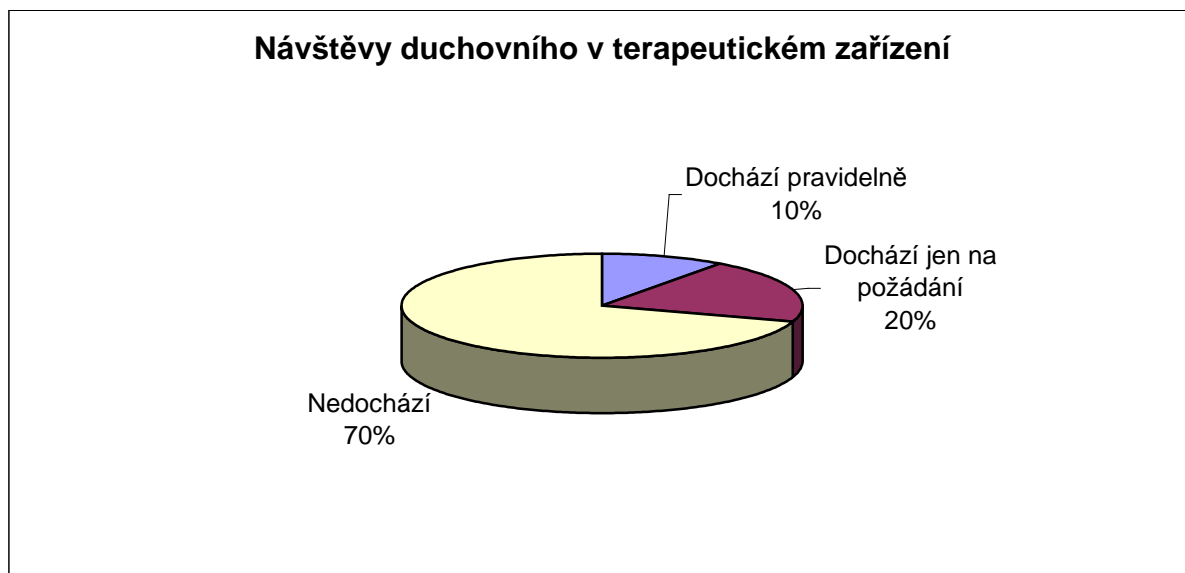
Příloha č. 4

Obr. 4



11% respondentů uvedlo, že jejich nastavení terapeutického programu není otevřeno spiritualitě. Ve 33% zařízení otevřenost spirituální dimenzi spíše není a polovina zařízení (50%) uvádí, že jejich program je spíše otevřen práci se spiritualitou. Jedno zařízení uvedlo, že jejich program je otevřen spiritualitě.

Obr. 5



Duchovní nedochází do 70% zařízení. Do 20% dochází jen na požádání a do 10% zařízení dochází pravidelně.